Rok XLI. Kraków, 29 Marca 1902. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O wrodzonym wadliwym rozwoju narządów płciowych męzkich, powikłanym z histeryą.

I. Zanik prącia, jąder i moszny. II. Brak jądra prawego, lewostronne śródpowłoczne zatrzymanie jądra lewego w przewodzie pachwinowym *(retentio inguinalis integumentalis)* i brak zupełny moszny.

Podał

Dr. Stanisław Szuman.

Pracę niniejszą, traktującą o niedokształceniu narządu płciowego męzkiego, poprzedzam kilku uwagami historycznemi [1]), odnoszącemi się do nauki o prawidłowym rozwoju zarodkowym tegoż narządu.

Rozpowszechnionem zdaje się być mniemanie, zwłaszcza w piśmiennictwie francuskiem, jakoby Albrecht Haller był pierwszym badaczem, który stwierdził pierwotny zarodkowy rozwój jąder w jamie brzusznej. Zapatrywaniu temu z badaczy francuzkich hołduje mianowicie Le Dentu (por. Weil *l. c.* str. 12). Tymczasem znajdujemy w tejże samej wartościowej pracy przytoczonego uczonego niemieckiego, że już badaczom starożytnym nie było obcem, iż jądra zwierząt, a mianowicie małp, przebiegają cały szereg faz utworowych w jamie brzusznej, zstępując do moszny dopiero w okresie późniejszym. Galenowi np. znany był przewód *(meatus)*, umożliwiający przejście jąder do moszny; nie obcy był mu także służący ku temu przepust brzuszny *(porus)*. Badacze starożytni hołdowali jednakże błędnemu przekonaniu, że przewód wymieniony tak u małp, jak i u człowieka trwa przez całe życie. Mniemanie to zostało zaprzeczone dopiero przez Douglasyusza. Dalsze badania na tem polu w wieku XVI i XVII, a więc przed wystąpieniem Hallera, zawdzięczamy Fabricyuszowi, Hildanusowi, Mothowi, Hirschlowi, Smetyuszowi, Harveyowi i innym.

Przyznać jednakże należy A. Hallerowi tę wielką zasługę, że na podstawie swych głębokich badań anatomofizyologicznych pierwszy opisał szczegółowo i dokładnie jądrowód, jako wałek, napełniony w górnej części śluzem, mierzący mniejwięcej cal; zowie on go *vagina cylindrica*. Położenie i przeznaczenie „jądrowodu“ nie było obce Hallerowi. Podnosi bowiem, że bieży on od dolnego końca jądra zarodkowego przez ściany brzuszne ku okolicy sromnej i zaznacza dalej, że jądro zarodkowe przechodzi w późniejszych fazach swego rozwoju przez ten wałek, dążąc tą drogą do moszny. Wędrówkę jego ułatwia, zdaniem Hallera, ściąganie się mięśni brzusznych. W 13 lat po ogłoszeniu tej pracy A. Hallera, utwór ten opisuje J. Hunter, (któremu mylnie przypisują odkrycie jądrowodu), jako więzadło stożkowate, którego gruba, okrągła, zwrócona ku górze główka z jądrem i przyjądrzem jest spojoną, podczas gdy dolny jego koniec ma się gubić zdaniem tego uczonego w komórkowatej błonie moszny. Tenże sam badacz przyjmuje rodzaj wywinięcia jądrowodu przez zstępujące jądro, skutkiem którego przednia jego strona przemienia się na tylną, tworząc zarazem dolną i przednią część błony własnej *(tunica vaginalis)*. Sprawy zstępowania jąder nie opisuje Hunter bliżej; przeczy jedynie temu, jakoby mięsień dźwigający jądro miał je ściągać ku dołowi. Paletta twierdzi, że zstąpienie jądra do okolicy łonowej wywołane bywa czynnością powrózków białych (?), które przebiegłszy środek próżnego wałka (jądrowodu), osadzają się wreszcie w okolicy kości łonowej. Jako czynniki poboczne i dalsze przyjmuje tu Paletta oddechanie i ciążenie samych jąder jako takich.

Do autorów, którzy zajmowali się tem zagadnieniem w wieku XVIII i w początkach XIX należeli: Percival, Pott, Piotr Camper, Hildebrandt, Wrisberg, Girardi, Pancera, Tuminatti, J. Brugnoni i inni. Praca Vicq d'Azyra stanowi tu o tyle znaczny postęp, że on pierwszy badał jądrowód, o ile się zdaje w rozmaitych fazach zarodkowego rozwoju. Autor ten rozróżnia między innymi jądrowód i mięsień dźwigający jądro, jako dwa osobne utwory. Dalszym studyom nad zstępowaniem jąder oddawali się J. F. Meckel, B. W. Seiler, Rathke, Cooper, Curling, Donders, Robin, E. H. Weber, Cleland, Kölliker, Luschka, van der Lith, Le Dentu, Milne Edwards, Brücke, Kocher, Eichbaum, Gegenbauer, Bramann, i inni. Mecklowi mianowicie zawdzięczamy wielostronne i ważne zarazem spostrzeżenia. Określa on wielkość jąder w rozmaitych fazach ich rozwoju, opisuje osadzanie się jądrowodu, kształt, przebieg, połączenie jego z jądrami, oraz stosunek do mięśni brzusznych: wewnętrznego ukośnego i poprzecznego, zaopatrujących go we włókna. Dalej zastanawia się ten uczony nad rozwojem błony jądra własnej i opon, okalających je w mosznie, które biorą zdaniem jego początek swój z jądrowodu i z wyrostka otrzewnej. Wreszcie usiłuje Meckel wyjaśnić zagadnienie zstępowania jąder aż do pory zbliżenia się ich do okolicy pierścienia brzusznego, przyjmując jako czynnik pośredniczący ściąganie się jądrowodu. Nie kusi się jednak o wykrycie przyczyny ostatecznej, wyznając otwarcie, że jest ona niedocieczoną i nieznaną. B. W. Seiler opisuje jądrowód w porze ukończonego rozwoju, jako powrózek stożkowaty, biegnący od moszny ku dolnemu końcowi przyjądrza, okolony obydwoma płatkami krezki mudowej. Poruszenie się jądra z miejsca rozpoczyna się według niego

[1]) Zaczerpnąłem je głównie z dzieł Weila i Kochera.

z końcem trzeciego miesiąca. Osłonki jądra są według Seilera w jądrowodzie niejako preformowane i ułożone w nim porządkiem odwrotnym. Jądrowód, który, rozwinąwszy się zupełnie, okala wreszcie powrózek nasienny i jądro, jest niejako wyrostkiem utkania komórkowatego moszny i błony rozścięgnistej skóry (*Hautaponeurose*). Do badaczy, którzy wciągnęli zwierzęta w zakres swych poszukiwań, należy Rathke. Studya jego dotyczą zstępowania jąder u przeżuwaczy i u świń. Według tego autora jądrowód tworzy się w porze zanikania nerki rzekomej w fałdzie otrzewnej. Jako przyczynę zstępowania jąder przyjmuje on skrócenie się jądrowodu. U zwierząt można zauważyć według niego długo przed zstąpieniem jądra woreczek opuszczający się z jamy brzusznej do moszny; u człowieka tworzyć się on ma rzekomo dopiero w czasie przesuwania się jądra przez przewód pachwinowy. Cooper zadaje w sprawie tej pytanie, czy zstępowania jąder nie ułatwia ciśnienie płynu, zawartego w ustroju płodu, na złączoną z jądrowodem otrzewnę? Zdaniem Curlinga jądra w swej wędrówce pociągają za sobą otrzewnę. Osobnego, poprzednio utworzonego woreczka, w któryby miały one wpadać niejako nagle i bezpośrednio, nie przyjmuje Curling. Jako czynniki powodujące zstępowanie jąder uważa on: 1) skracanie się jądrowodu, wywołane, jak sądzi, zmianami w komórkach pierwocin tego utworu; 2) czynność mięśnia dźwigającego jądro. Włóknom tego mięśnia, biorącym rzekomo początek swój z więzadła Pouparta i z mięśnia wewnętrznego ukośnego, przypisuje badacz ten czynność wprowadzania jąder w przewód pachwinowy, podczas, gdy włókna tegoż mięśnia, przyczepiające się do kości łonowej, przeciągają je według tego uczonego przez pierścień pachwinowy, a pęczki osadzające się u podstawy moszny przenoszą będące w mowie gruczoły na miejsce ostatecznego ich przeznaczenia. Donders, Milne Edwards i Kocher podzielają co do zstępowania jąder zapatrywania Curlinga. Robin twierdzi zaś, że czynnikiem powodującym zstępowanie jąder jest ciśnienie trzew, lub własna ciężkość jąder. (Por. Kocher *l. c.* str. 403, Weil *l. c.* str. 9). E. H. Weber uważa jądrowód jako pęcherz, okolony włóknami mięśniowemi. Część jego dolna torować ma jądrom drogę, opuszczając się niejako z przewodu pachwinowego w mosznę. Zstępowanie ich jest powodowane według Webera z jednej strony czynnością mięśni jądrowodu, wgłobiających górną część jego i ściągających go wraz z zawartością (jądrami) w przewód pachwinowy, z drugiej rozsuwaniem mięśni brzusznych przez wspomniany, płynem napełniony pęcherz. Wreszcie Weber przypisuje tu pewne znaczenie ciśnieniu cieczy otrzewnowej (*liquor peritonei*). Cleland w pracy swej dochodzi do wniosku, że zstępowanie jąder jest uwarunkowane 1) kurczeniem się jądrowodu; 2) zanikaniem utworów znajdujących się poniżej jąder, łączącem się jednocześnie z rozwojem bujniejszym utworów powyżej nich położonych. Podobnym do Clelanda zapatrywaniom hołdują Kölliker, Luschka i Gegenbauer.

Van der Lith sądzi, że mięśnie jądrowodu, biorące swój początek z mięśnia ukośnego wewnętrznego, ściągają jądra aż do pierścienia pachwinowego; dalszymi zaś czynnikami, wpływającymi na zstępowanie ich, są według tego autora różnice rozwoju tkanek sąsiednich, czynność mięśnia dźwigającego jądra i własna ich ciężkość.

Badania Brückego, wykonane na zwierzętach, doprowadziły tego fizyologa do następujących wniosków, odnoszących się tak do zstępowania jąder u zwierząt, jak i u człowieka: ściąganiu się jądrowodu nie przypisuje Brücke wyłącznego znaczenia; znaczniejszy wpływ wywiera tu raczej przedłużanie się naczyń krwionośnych i nerwów jąder, jako też okalających je części otrzewnej, dające jądrom możność opuszczania się ku dołowi. W pewnym stopniu oddziaływa tu także według Brückego ciśnienie wodne otrzewnej. Eichbaum skłania się do przekonania, że zstępowanie jąder następuje skutkiem przedłużenia się przewodu nasiennego, mianowicie w miejscu jego skrętu.

Najwięcej wartościową pracę XIX wieku na tem polu stanowią bez wątpienia badania doświadczalne C. Weila, nasamprzód z tej przyczyny, że badacz ten zastosował w nich wydoskonalone metody nowsze, rozkładając zawarte w substancyach stwardzających tkanki w położeniu ich naturalnem na serye cięć drobnowidowych, to w kierunku płaszczyzny czołowej, to strzałkowej, to poprzecznej. Praca Weila odznacza się dalej korzystnie i tem, że autor jej rozróżnia wyniki stwierdzone, u człowieka od znalezionych u zwierząt, podnosząc, że rozwój w mowie będących utworów jest u pierwszego daleko więcej zawiły, niż u ostatnich. Największą zaletą sposobu i metody badania Weila jest jednakże to, że rozciągnął on swe spostrzeżenia na cały szereg faz rozwoju układu płciowego u zarodków płci męzkiej i żeńskiej. W wynikach badania swego W. nie przedstawia niejako uchwyconych w pewnym okresie rozwoju przypadkowych czynników i sztucznych, błędnem doświadczaniem osiągniętych wytworów, jak to czyni przeważna część poprzedników jego, lecz daje pogląd jasny i przejrzysty na cały rozwój narządów wymienionych, uwzględniając wszędzie i zawsze przyczynowość całego szeregu zmian, wywołanych tym rozwojem. Nad wyraz ścisłe te badania rzucają światło pewne na niezmiernie subtelną siłę twórczą przyrody, która, jak w dziedzinach innych, tak i w tej rozwiązuje najtrudniejsze i najzawilsze zagadnienia ustrojowe, snując niejako w ewolucyi ciągłej i płynącej swoje nici, warunkujące istnienie całych przyszłych pokoleń w państwie jestestw organicznych. Badania C. Weila odnoszą się do 60 zarodków nie tylko ludzkich, lecz nadto obejmują cały szereg — owczych, bydlęcych i króliczych.

W szczegółowej części swej pracy opisuje Weil rozwój, zmiany kształtu, budowę i składniki drobnowidowe jądrowodu [2]) w rozmaitych fazach rozwoju, jako też stosunek jego do sąsiednich, okalających go tkanek. Taką samą dokładnością odznacza się w pracy tej opis tkanek, otaczających jądrowód i jądra, oraz następstw wywołanych wędrówką tych ostatnich. Przez wędrówkę rozumie ten badacz przesunięcie się jąder przez przewód pachwinowy i zsunięcie się ich aż do spodu moszny. Warunki, dające jądrom pewną swobodę ruchu i ułatwiające ich zstępowanie, są umożliwione zdaniem Weila z jednej strony długością krezki mudowej, oraz przewodów nasiennych i rozszczepianiem się obu płatków pierwszej [3]); z drugiej zaś strony rozciąganiem się wewnętrznego pierścienia pachwinowego, wywołanem zwiększaniem się objętości tkwiącej w nim części jądrowodu.

[2]) Niejako *analogon* do jądrowodu, co do budowy swej tworzy według Weila aż do 5. miesiąca więzadło okrągłe macicy.

[3]) Zapatrywaniu temu hołdował już poprzednio Seiler.

Nadto zalicza Weil do czynników etyologicznych różnice rozwoju tkanek okalających jądra i stojących z niemi w związku. Należą tu przedewszystkiem według W. sprawy zwyrodnienia górnej części jądrowodu, składającej się głównie z tkanki śluzowej. Sprawy te powodują zaś powstawanie szczelin pochłonnych, a szczeliny te, zlewając się z sobą, wytwarzają mniej lub więcej długi przewód. (Weil l. c. str. 38). Czynnikami zaś bliższymi, powodującymi wędrówkę jąder, są według Weila: 1) napięcie ścian brzusznych, wywołane ciśnieniem rozwijających się trzew,[4]) zwłaszcza wątroby; 2) ściąganie się jądrowodu. Ściągania się tego nie tłómaczy on jednakże czynnością fizyologiczną mięśni, jak to czynią Milne Edwards, Kocher i inni, lecz przyjmuje jako przyczynę jego sprawy zwyrodnienia. Skutkiem zwyrodnienia tego następuje według Weila niejako rozmięknienie i utrata substancyi jądrowodu, a w dalszem następstwie powolne zapadanie się utworu tego, pociągające za sobą jądra.

Jeżeli zastanowimy się chwilę nad głównymi celami dążenia naukowego badaczy na polu, o którem mowa, to uderzą nas dwie jakby nici czerwone, biegnące przez nie całymi szeregami wieków. Jedną z nich jest usiłowanie wykrycia powstawania, przyrody, istoty i budowy jąder, drugą zbadania znaczenia, przeznaczenia, budowy i biegu jądrowodu, będącego niejako pośrednikiem i przewodnikiem w dziwnej i tajemniczej wędrówce jąder (z okolicy nerki pierwotnej gdzie biorą swój początek w tak zwanem ciele Wolfa, przez miednicę i przewód pachwinowy aż do moszny, w której znajdują swe ostateczne umiejscowienie.

(Ciąg dalszy nastąpi)

[4]) Ciśnienie to powoduje zdaniem Weila zsuwanie się jąder do przewodu pachwinowego.

II. O przedoperacyjnem badaniu nerek, szczególnie w kierunku ich dostatecznej sprawności czynnościowej.

Napisał
Dr. M. W. Herman.

(Ciąg dalszy).

Chcąc się cystoskopem, a jeszcze więcej ureteroskopem, z korzyścią posługiwać, trzeba nabyć pewnej wprawy — więc z natury rzeczy ta metoda badania ograniczoną być musi do ciasnego koła specyalistów. I to się musi zapisać na niekorzyść tej metody. Lecz i specyalista stanąć może nieraz wobec przypadku, w którymby trzeba było i należało użyć cystoskopu, a okoliczności uboczne stają najlepszym chęciom w poprzek. Jako takie działać mogą: zwężenie cewki moczowej szczególniejszego rodzaju przerost gruczołu krokowego, dalej znaczne zmniejszenie pojemności pęcherza, jakie bardzo często widujemy w gruźlicy pęcherza, wikłającej np. gruźlicę nerek (i nie stanowiącej, sama przez się, przeciwwskazania do nefrektomii). W dalszym ciągu wymienić należy t. z. „pęcherz beleczkowany“, gdzie i najwprawniejszy ujścia moczowodów odszukać nie zdoła, podobnie jak i w przypadkach t. zw. „dośrodkowego przerostu pęcherza“. Niekiedy znów moczowody tak wchodzą do pęcherza, lub taki mają przebieg, że cewnika w nie wprowadzić nie zdolamy mimo ponawianych prób. Przypominam wreszcie przypadki gwałtownych krwotoków pęcherzowych lub nerkowych, skutkiem których treść pęcherzowa tak szybko mętnieje, że mowy niema o jakiemkolwiek oryentowaniu się w pęcherzu.

Nie wszystkie tu wyliczone przeszkody należą do bezwzględnych. Zwężenie cewki można usunąć; przeszkodę stawianą przez przerosły gruczoł krokowy pokonać, wybierając cystoskop o odmiennej krzywiźnie; pojemność pęcherza zwiększyć, znieczulając go kokainą lub antypiryną (5% rozczyn), — o znieczuleniu ogólnem, zwłaszcza chlorofomowem, przemilczam umyślnie, gdyż z zasady wobec zajęcia nerki używać się go nie powinno; — treść pęcherza utrzymać można przejrzystą, używając cystoskopu do irygacyi Güterbocka i td. Mimo to pozostanie dość jeszcze przypadków, w których absolutnie ureteroskopu użyć nie możemy. A nawet w przypadkach, nadających się do tego sposobu badania nasuwają się pewne wątpliwości i zastrzeżenia. Przeglądając piśmiennictwo z ostatnich paru lat zauważa się dwa obozy, stojące naprzeciw siebie: zwolenników i przeciwników ureteroskopii. W pierwszym obozie spotykamy nazwiska Albarrana, Caspra, R. Hölschera, G. v. Illyesa, L. Imberta, L. Juareza, M. L. Krepsa, Landaua, Manizera, Rydygiera, De Sarda i innych; w drugim F. V. Cantvella, E. Holländera, Israela, W. Meyera, Obalińskiego i in. Pomijając znaczenie lecznicze kateteryzowania moczowodów, przeciwnicy zarzucają głównie tej metodzie 1) możliwość zakażenia nerki dotychczas zdrowej, 2) wynik, mogący niekiedy zaprowadzić do mylnego rozpoznania. Zwolennicy ureteroskopii, opierając się na całych setkach badań (np. przed kilkoma laty Casper w ten sposób zbadał 700 chorych, a nie mniejsze liczby ma Albarran) twierdzą, że zarzut o możliwości zakażenia nerki zdrowej, jest wprawdzie możliwy, ale teoretyczny. Przeciwnicy też nie wiele mają faktycznych dowodów, boć trudno np. brać zupełnie poważnie i bezkrytycznie takie przykłady, w których rzekomo po ureteroskopii w kilka miesięcy występowała gruźlica nerki drugiej, podczas gdy w czasie badania jedna tylko nerka zdradzała zmiany chorobowe, — jak gdyby podobnych przypadków, w których wcale moczowodów nie cewnikowano, nie było znacznie więcej! Bądź co bądź z zarzutem tym liczyć się musimy i liczy się z nim, zwłaszcza w przypadkach gruźlicy narządu moczowego, L. Casper. Więc też przystępując do tego sposobu badania, trzeba ogromnie dbać o aseptykę. Przed badaniem pęcherz dokładnie przepłókać kwasem borowym i azotanem srebrowym, cystoskop oczyścić mechanicznie, cewniki (jedwabne) wygotować w nasyconym rozczynie siarkanu amonowego i td. Wreszcie ograniczyć się można do cewnikowania tylko strony chorej, o ile tę dokładnie poprzednio oznaczyć było można, a mocz ze strony zdrowej zbierać przez cewnik, zaprowadzony do dokładnie przepłókanego pęcherza. Jeżeli teraz z cewnika pęcherzowego otrzymamy mocz zupełnie czysty, podczas gdy poprzednio mocz z pęcherza był mętny i podczas gdy równocześnie przez cewnik, tkwiący w moczowodzie, wypływa mocz mętny czy krwawy, nie mamy istotnej potrzeby kateteryzowania drugiego moczowodu. Jeżeli jednak i teraz przez cewnik pęcherzowy spływa mocz nieczysty, najprawdopodobniej zakażenie zajęło już i drugą nerkę; — odpada zatem zupełnie obawa zakażenia jej. Napisałem „najprawdopodobniej“, zdarzyć się bowiem może, że mimo zupełnego zdrowia nerki drugiej mocz

spływający z pęcherza będzie mętnym, gdyż obok cewnika, wprowadzonego do moczowodu strony chorej, część moczu ropiastego czy też krwawego przedostaje się do pęcherza. Więc gdy mamy takie wątpliwości, opłaci się sądzę zaryzykować bardzo wątpliwą ewentualność zakażenia dla niewątpliwych korzyści rozpoznawczych wynikających z równoczesnego kateteryzowania obu moczowodów. Tak sądzi wielu bardzo wybitnych chirurgów i urologów.

Drugi zarzut, czyniony ureteroskopii, opiera się na tem, że podczas wprowadzania cewnika uledz może skaleczeniu błona śluzowa moczowodu. Wówczas w moczu z najzdrowszej nerki znaleźć możemy krwinki czerwone. A obecność ich w moczu, choćby w małej liczbie, ma niekiedy decydujące znaczenie rozpoznawcze. Zarzut tedy zupełnie słuszny i usprawiedliwiony, — a oceniając go pamiętać o tem potrzeba, że nie należy stawiać rozpoznania z jednego objawu, że cewnik wprowadzać należy oględnie i że pierwsze krople spływającego moczu zbierać należy oddzielnie, a do badania użyć dopiero porcyi następnej. Dwóch pierwszych prawideł przestrzegać należy zawsze, gdy chodzi o rozpoznanie; trzecie zaś, gdy nam chodzi o badanie funkcyonalne nerek, pominąć możemy. Obecność krwi nie może w tym razie stać się powodem mylnego sądu. Na tem wreszcie miejscu poruszyć należy sprawę, jak długo trzeba cewnikować moczowody, badając sprawność czynnościową nerek? Chorzy bez szkody znoszą nawet kilkunastodniowe pozostawienie cewnika w moczowodzie. Chory, o którym pisze G. v. Illyés, był tak traktowany przez 44 dni. Wykażemy jednak poniżej, że do naszego celu wystarczy czas nieporównanie krótszy, — bo zaledwie kilkanaście minut.

Te jednak trudności techniczne w manipulowaniu ureteroskopem, które czynią go narzędziem specyalistów, jak nie mniej przypadki, w których metoda ta zastosowaną być nie może z przyczyn, któreśmy powyżej wyliczyli, a wreszcie obawa zakażenia, istniejąca może więcej w naszej wyobraźni, niż w rzeczywistości, której jednak milczeniem pominąć nie można, usprawiedliwiają razem wzięte dążenia do zbierania moczu z każdej nerki oddzielnie przez chwilowe sztuczne rozdzielenie pęcherza na dwie połowy, odpowiadające obu nerkom. Drogę tę wskazał w r. 1897 Alfred Neumann, podając mały, na 8 ctm. długi przyrządzik, który wprowadzony do pęcherza kobiety i przyciskany od pochwy do spojenia łonowego, dzielić ma pęcherz na dwie zamknięte połowy. W r. 1898 M. L. Harris podał inny, zrobiony na tej samej zasadzie, przyrząd, posiadający tę główną zaletę przed poprzednim, że równie łatwo zastosować go można u kobiet jak i u mężczyzn. Jest to jakby cewnik, złożony z dwóch połówek, które rozkładają się po wprowadzeniu przyrządu do pęcherza. Dźwignia łopatkowata, równocześnie wprowadzona do odbytnicy, względnie do pochwy, unosi tylną ścianę pęcherza w formie listwy pomiędzy ujściami moczowodów, (których oddalenie wynosi 3 ctm.), tak, że w pęcherzu tworzą się dwie torby, odpowiadające nerkom. W torbach tych nurzają się końce przyrządu połączonego z przyrządem ssącym i wyprowadzają na zewnątrz mocz osobno z prawej, a osobno z lewej nerki.

Te dwie próby nie rozwiązują sprawy z taką ścisłością, jakiej wymagać musimy, zachęcają jednak do dalszych poszukiwań na tej samej drodze. Przypadki, o których poprzednio wspomniałem, a w których kateteryzowanie moczowodów przy pomocy cystoskopu jest niemożliwem, zmuszają do dalszych prac w tym właśnie kierunku. Obecnie tak metodzie Neumanna, jak i sposobowi Harrisa zarzucać możemy, iż nie dają nam pełnej rękojmi, że podział pęcherza został rzeczywiście ściśle dokonany, ztąd dojść możemy do mylnych wniosków, do czego nadto przyczynić się może domieszka wydzielin patologicznie zmienionej błony śluzowej pęcherza.

Wszystko jedno, — czy tym, czy innym sposobem zdołaliśmy wreszcie rozdzielić wydzielinę nerek, stanęliśmy dopiero w punkcie, z którego rozpocząć możemy naprawdę ścisłe i ważne badanie, czy obie nerki istnieją a w danym razie, czy nerka, jakkolwiek już nieco zmieniona, a pozostać mająca po wycięciu jednej, podoła swemu zadaniu? Dzięki kateteryzowaniu moczowodów i kilku jeszcze sposobom, podanym w ostatnich paru latach, na oba te pytania odpowiedzieć możemy ze ścisłością, do niedawna jeszcze nie przeczuwaną.

Zwrócono zatem przedewszystkiem uwagę na składniki prawidłowe moczu, których ilość może nam dać pewne pojęcie o pracy nerek. Przed innymi wspomnieć tu należy o moczniku. Uwagę chirurgów na możność oceniania pracy nerek z ilości mocznika zwrócił jeden z pierwszych J. Israel. Po wielu obliczeniach przyszedł do przekonania, że wówczas tylko myśleć można o nefrektomii, gdy ilość mocznika w moczu wynosi najmniej 15 grm., gdyż taką ilość jest w stanie wydzielić na dobę jedna nerka, znośnie jeszcze funkcyonująca. Kiedy jednak zważymy, że ilość mocznika zależna jest nie tylko od stanu nerek, ale i od sposobu odżywiania się, od stanu ogólnego badanego chorego i t. d. i gdy przypomnimy, że w zwykłych warunkach ilość jego waha się w szerokich granicach 24—92 grm., nie możemy zbytnio polegać na takiem obliczeniu. W każdym jednak przypadku, chcąc znaleźć jakieś poparcie dla swych wniosków i ze strony tej metody, należałoby — po uregulowaniu dyety w ten sposób, aby chory dziennie przyjmował około 100 grm. białka, — oznaczanie mocznika w dobowej ilości moczu powtórzyć w paru 2—3-dniowych seryach, w krótkich odstępach czasu, następujących po sobie. Oznaczenie to przy użyciu przyrządu i tablic Essbacha i ługu bromowego, nie przedstawia większych trudności. Brak jednak ścisłych wyników i konieczność powtarzania tej metody przez kilka dni, nie potrafiły zjednać dla niej w kołach chirurgicznych większej liczby zwolenników.

Niemal słowo w słowo to samo powiedzieć można o ilościowem oznaczeniu w moczu chlorków, siarkanów, fosforanów i t. d. o których przez chwilę myślano, że zdołają być owym szukanem wskaźnikiem stopnia energii czynnościowej nerek.

Również, jak dotychczas, prawa obywatelstwa w chirurgii nerek nie wyrobił sobie kwas hippurowy, jakkolwiek mógłby być doskonałym wykładnikiem pracy nerek, gdyż dawniejsze i nowsze prace zgodnie stwierdzają, iż właśnie nerka jest owem miejscem, a raczej narządem, w którym kwas ten powstaje syntetycznie, dzięki czynnemu współudziałowi nerek, z połączenia kwasu będźwinowego i glikokolu. Prawidłowo kwas hippurowy pojawia się w bardzo małych ilościach w moczu, tak małych, że ilościowe jego oznaczenie trafia na wielkie trudności. Starano się przez podanie chorym będźwinianu sodowego zwiększyć jego ilość; zdaje się

jednak, że i na tej drodze natrafić musiano na jakieś przeszkody, skoro głucho o nim w piśmiennictwie urologicznem. Lecz właśnie ta okoliczność, iż do syntezy tego połączenia koniecznym jest współudział miąższu nerkowego, i jak się zdaje zdrowego miąższu, wróżyć należy tej metodzie lepszą przyszłość i żywić wolno nadzieję, iż kiedyś kwas hippurowy będzie dobrym drogowskazem, w oznaczonym kierunku. Dziś wiemy tyle, że mała ilość kwasu tego, pojawiająca się w moczu mimo podania dużych ilości będźwinianu sodowego, stanowczo świadczy o niewydolności nerek.

Bouchard, Bernard i w. in. zastanawiali się nad tem, czyby nie można wnosić coś o czynności nerek ze stopnia toksyczności moczu, oznaczonego np. na króliku. Liczne badania nie pozostały wprawdzie bez pewnych korzyści i pożytków dla wiedzy naszej o trujących własnościach moczu w ogólności, nie przyniosły jednak żadnego praktycznego szczegółu w kierunku narazie nas obchodzącym.

Większem natomiast bezporównania wzięciem, a jak się zdaje i zaufaniem, cieszy się oznaczanie drobinowego zagęszczenia moczu przez zamrażanie *(kryoskopia)*. Metoda ta, znana w chemii od dawna, do kliniki wprowadzoną została przez v. Koranyego i w tym kierunku przez niego i jego uczniów systematycznie opracowana. Badania Koranyego i Lindemana wykazały, że w stosunkach prawidłowych punkt marznięcia moczu leży o 0·9° do 2·7° poniżej punktu marznięcia wody przekroplonej. Mocz, którego zagęszczenie drobinowe jest tak małe, że punkt marznięcia zbliża się do punktu marznięcia wody przekroplonej, wskazuje na niewystarczającą czynność nerek. Zaznaczyć tu jednak trzeba, że we wszystkich przypadkach znacznej niedokrewności, następnie w cierpieniach, połączonych z objawowem moczeniem nadmiernem *(polyuria)* i po obfitem użyciu płynów, mimo prawidłowo pracujących nerek, stwierdzić możemy, że Δ (taki bowiem znak obrano na oznaczenie punktu marznięcia moczu leży znacznie powyżej 1°.

Pomijając dłuższy wywód o uzasadnieniu i znaczeniu naukowem tej metody i o użyciu przyrządu Beckmanna, do tego celu przeznaczonego [3]), zauważyć należy, że metoda ta w celach chirurgicznych znalazła szerokie zastosowanie i została należycie uwzględnioną. Albarran ceni ją wyżej, aniżeli badanie chemiczne. Oznaczając Δ moczu, oddanego w przeciągu 24 godz., o ile ten zachował się jeszcze w stanie nierozłożonym, gdyż mocz, który ulega rozkładowi amoniakalnemu, nie nadaje się do tego sposobu badania, możemy rzeczywiście w sposób łatwy i prosty przekonać się o wydatności wspólnej pracy obu nerek. Obecność ropy, białka, krwi i t. d. nie wpływa na wynik i wnioski. Zrozumiemy jednak łatwo, że ani ta metoda sama przez się, ani też inne poprzednio wyliczone, jak nie mniej i te, o których poniżej wspomnimy, nie pouczają nas wcale o pracy wykonywanej przez każdą nerkę oddzielnie, o co głównie chodzi.

A przedewszystkiem powiedzieć się to musi o kryoskopii krwi (δ). Jak mocz tak i krew, badać możemy co do jej δ w przyrządzie Beckmanna. W tym celu przez nacięcie żyły, lub przez aspiracyę strzykawką, odciągamy z ustroju 20 sz. ctm. krwi i natychmiast wlewamy ją do naczynia w przyrządzie Beckmanna. Liczne badania z dziwną zgodnością podają, że $\delta = 0·56$, wskazuje na dostateczną pracę nerek. Trafiają się wahania, lecz w granicach bardzo nieznacznych od 0·55 do 0·57° Tu jednak znów pamiętać się godzi, że w razie utrudnionego krążenia krwi w przypadkach dużych guzów w jamie brzusznej, nie pomijając ogromnych nowotworów nerek, a dalej podczas napadu kolki w przebiegu kamicy nerkowej, zwlaszcza połączonej z bezmoczem, kryoskopia krwi mimo bezwzględnej czy też względnej wydolności nerek dać nam może liczby bardzo wysokie (np. 0·72°), które w innych warunkach stanowczo świadczą o niedostatecznej sprawności nerek.

(Dok. nast.).

[3]) Uczynił to bowiem już w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1900 Nr. 24 i 25 Dr. Moraczewski

III. Przyczynek do terapii skazy moczanowej za pomocą t. zw. leczenia skombinowanego.

Podał

Dr. Franciszek Wobr

lekarz zakładu kąpielowego w Cieplicach trenczyńskich (latem) i stacyi klimatycznej Lussinpiccolo (w zimie).

Doświadczenie uczy, że skazę moczanową można nie tylko zmodyfikować, lecz i zupełnie usunąć, nawet wtedy gdy już poprzednio wystąpiły ostre napady dny.

Co do istoty i przyczyny skazy moczanowej — odsyłam czytelnika do specyalnych dzieł Garroda, Ebsteina, Roosego, Klemperera, v. Noordena, Kolischa, Neussera, Fütschera, F. Müllera, Pfeiffera, Mendelsohna, Mordhorsta, Horbaczewskiego, Cantaniego.

O przyrodzie tego zboczenia w przemianie materyi panuje zupełne zamięszanie pojęć w piśmiennictwie. Wszystkie teorye dopatrują jednakże wspólnie przyczynę tego cierpienia w t. zw. „Gichtstoff“.

Ze stanowiska lekarza kąpielowego zdrojów siarczanych (Theiopegen) główne zadanie racyonalnego leczenia skazy moczanowej powinno polegać na działaniu zapobiegawczem przeciw wytwarzaniu się tej *materia morbi*, nazwanej przez Klemperera *„geheimnissvoll und unbekannt“* — i na usunięciu jej z ustroju, gdy się już wytworzyła. Osiągnięcie tego celu jest problematem, który w niniejszej pracy zamierzam rozwiązać.

Jakkolwiek teorye [1]) o patogenezie skazy moczanowej są tak chwiejne i różne, to jednak codzienne doświadczenie poucza, że wszelkie zabiegi, dążące do podniesienia przemiany materyi, najkorzystniej wpływają na jej przebieg, że jedno, co jeszcze w leczeniu rzeczywiście jest pomocnem dla cierpiącego na dnę, to poprawa przemiany materyi. Z tego wynika, że przemiana materyi ulega zaburzeniu w skazie moczanowej, tj. że sprawy utleniania śródtkankowego są upośledzone, a zatem i zdolność krwi rozpuszczania kwasu moczowego jest obniżoną, czego następstwem jest, że osady kwasu moczowego gromadzą się tam, gdzie krążenie jest najslabsze, a ciepłota kwi najniższą. Im wyższą bowiem ta ciepłota, tem większą jest jej zdolność rozpuszczania kwasu moczowego, — oraz im silniejsze przekrwienie tętnicze, tem szybciej unosi krew wytwory patologiczne. A ponieważ ciepłota krwi zależy wprost od procesów chemicznych ustroju, z tego wypadałoby, że przyczynę skazy moczanowej dopatrywać także należy w zmniejszonej produkcyi ciepła, albowiem energia wytwarzania ciepłoty pozostaje poniżej normy zdrowego organizmu.

Według badań Stekela u cierpiących na dnę rzecz się obraca około nabytego lub dziedzicznego zmniejszenia

[1]) Teorye służą według Leydena do ześrodkowania myśli; one powstają i idą w niepamięć, — podczas gdy fakta realnie stwierdzone i uznane za dobre — zawsze znajdą swoje uznanie.

wytwórczości ciepła, o czem łatwo można się przekonać przez dokładne mierzenie ciepłoty. Jäger utrzymuje, że przeciętna ciepłota dzienna w kiszce stolcowej wynosi 37·13° C; ciepłotę poniżej 37° C. nazywa Jäger wprost: *Collapstemperatur*. Według Landoisa *maximum* ciepłoty przypada na godzinę 5—8 wieczorem, co stwierdzają badania Bärensprunga, Jäger-Jürgensena. Autorzy ci znaleźli o tej godzinie przeciętną ciepłotę wahającą się w granicach 37·3° C a 37·5° C. U wszystkich pedogryków, których Stekel miał sposobność badać, ciepłota wahała się o tym samym czasie między 36·8 a 37° C., bardzo często nawet między 36—36·6° C., a w jednym przypadku znaleziono w pasze nawet 35·6° C. Także i ciepłota w kiszce stolcowej okazuje znaczne obniżenie w stosunku do prawidłowej. Przytem można zauważyć bardzo wielkie nieraz różnice między ciepłotą pachy a odbytnicy. Ciepłota ciała jest zawsze obniżoną, ciepłota odbytnicy czasami prawidłową.

Poniżej podaję tablicę maksymalnej ciepłoty, mierzonej w pasze (P) i odbytnicy (O), zebraną z kilku typowych pedogryków w przeciągu 14 dniowego spostrzegania:

Dzień obserwacyi	1 przypad. M. l. 44 l.		2 przypad. I. S. 68 l.		3 przypad. N. T 40 l	
	P.	O.	P.	O.	P.	O.
1	36·3	37·	35·6	36	36 4	35·1
2	36·8	37·1	35·8	—	36 3	—
3	36·3	36·6	36·	—	36·4	—
4	35·5	37·	35 9	—	36·4	—
5	36·1	36·6	35·9	—	36 5	36·9
6	36·1	36·5	35·8	36·3	36·4	—
7	36·7	36·8	35·9	—	36·1	—
8	36·2	37·	35.8	—	36·4	—
9	36·5	36·6	36·2	—	36·3	36·9
10	36·2	36 9	36·	—	36·4	—
11	36·6	36·8	35 9	—	36·4	37·
12	36·3	36 6	35·6	—	36·5	—
13	36·1	36·7	35·6	—	36.2	36 5
14	36·2	36·4	36·1	36·8	36·	36 4
Przeciętna ciepłota	36·3	36·75	35·8	36·5	36·3	36·9

Bardzo ciekawą jest ta obserwacya, jeżeli uprzytomnimy sobie, że skaza moczanowa bardzo rzadko występuje przed 40-tym rokiem życia. Ciepłota przeciętna przed tym rokiem waha się według Landoisa między 37·37° C (20 rok) a 37·1° C. (40 rok). Następnie szybko się zmniejsza między 40 a 50-tym rokiem, wynosząc przeciętnie 36·87° C. Obniżenie ciepłoty jest tutaj objawem fizyologicznym starości, następstwem zmniejszonej z biegiem lat produkcyi ciepła, co u cierpiących na dnę występuje w stopniu daleko wyższym.

W skutek tego fizyologicznego osłabienia wytwarza się niejako podłoże przygotowane dla choroby. Skąpe tylko wzmianki można spotykać w piśmiennictwie o stosunkach i zachowaniu się produkcyi ciepła u chorego na dnę. Teissier znalazł u takich chorych wyraźne znaki opóźniającej się przemiany materyi, mianowicie obniżoną znacznie ciepłotę, obecność moczanów we krwi, szczawianu wapniowego kwaśnego w surowicy i zmniejszoną toksyczność moczu.

Obniżenie produkcyi ciepła w skazie moczanowej pochodzi z braku wszystkich tych bodźców, które pobudzają jego wytwórczość, najczęściej z nieracyonalnego trybu życia, a nie wskutek nadmiernego przyjmowania pokarmów. Wiemy, że ciepłota ciała jest wynikiem wszystkich spraw chemicznych, toczących się w ustroju, a szczególnie w mięśniach. A ponieważ ludzie dotknięci skazą moczanową unikają najmniejszego ruchu, — odpada więc najważniejszy bodziec dla produkcyi ciepła, czego następstwem jest obniżenie się stałe ciepłoty krwi poniżej normy. Okoliczność ta nie może pozostać bez wpływu na ustrój: produkta wsteczne przemiany materyi gromadzą się coraz więcej, przychodzi do samozatrucia ustroju, które może się objawić w rozmaitej postaci, np. jako nieżyt żołądka, migrena lub inna jaka choroba. Na obwodzie, gdzie krążenie jest utrudnione, a krew wystawiona na znacznej przestrzeni na działanie zmiany ciepłoty świata zewnętrznego, — a więc na palcach, chrząstkach stawowych, bardzo skąpo unaczynionych, strąca się kwas moczowy i powoduje znane złogi moczanowe.

Jak w każdej chorobie, tak i tutaj, zaczyna się samoobrona ustroju, który za pomocą gorączki stara się przyspieszyć spalenie różnych trucizn. To też podniesienie ciepłoty towarzyszy nieraz zapaleniu w pojedynczych częściach ciała. Dlatego należy napad typowy dny, — przy którym pozostałe cząstki kwasu moczowego i ciał aloksanowych osadzają się na tych miejscach, gdzie miejscowo zachodzą zastoje i gdzie jest powolne krążenie, a prawdopodobnie odbywa się powolne życie komórek i niedostateczne utlenianie się śródtkankowe, jak sądzi Ritter, uważać za proces dobry, bo leczniczy dla podagry.

Na podstawie tego, co wyżej powiedziałem, należy starać się przeprowadzić rozwiązanie w mowie będącego problematu, tj. zapobiegania skazie moczanowej i właściwego jej leczenia przez uregulowanie produkcyi ciepła, o czem później mówić będę.

Najlepszem zapobieżeniem chorobom, wynikającym z zaburzeń w przemianie materyi, jest praca mięśniowa obok hidroterapii. Dlatego w Anglii, ojczyznie dny, uważają każdą czynność mięśniową za sport, a nie za pracę i jako taką wykonywują.

W leczeniu skazy moczanowej w jej różnych postaciach najlepsze oddają usługi: odpowiednia dyeta, czyste świeże powietrze, dużo ruchu, wprowadzanie do ustroju znacznej ilości płynów, najlepiej wód mineralnych alkalicznych, i ciepłe kąpiele.

A) Leczenie więc dny musi polegać w pierwszej linii na stosowaniu środków zapobiegawczych, tj. na zalecaniu takich przepisów, któreby zdołały ograniczyć tworzenie się kwasu moczowego, a podnieść utlenianie śródtkankowe.

B) Następnie wskazanymi są środki, rozpuszczające kwas moczowy, a temsamem usuwające go z ustroju.

C) Wreszcie wielką odgrywają rolę środki t. zw. objawowe, jak łagodzące ból i t. d.

ad A) Tutaj należy wziąć pod uwagę przepisy dyetetyczne, zabiegi hidro- i mechanoterapeutyczne, wreszcie odpowiedni strój i ograniczenie pracy umysłowej. Przy zalecaniu dyety należy doradzać pożywienie regularne i proste, któreby równoważyło o ile możności wydatki ustroju [2]).

Hidroterapia ze wszystkimi swoimi zabiegami, jak tusze, zawijania, parówka, — wreszcie kąpiele piaskowe i specyalnie miejscowo stosowane przyrządy gorącego powietrza, oddaje też bardzo dobre usługi [3]).

Z mechanoterapii zalecenia godne są: przechadzki, jazda na rowerze, szermierka, jazda konna, (t. zw. leczenie dny Palmerstona), dalej mięsienie i gimnastyka.

Odzież chorego na dnę powinna być zawsze ciepłą, ale lekką, by utrzymać czynność skóry w prawidłowym stanie; zaziębienie wskutek zastoju krwi i podniesionego parcia w naczyniach (zwłaszcza przy zajęciu nerek) może nagle sprowadzić zły obrót, — zupełnie tak, jak wysiłki umysłowe sprzyjają rozwojowi dny.

ad B) Ze środków, które kwas moczowy łatwo rozpuszczają i usuwają, należy z jednej strony uwzględnić właściwe „Anarthritica“, z drugiej terapię kąpielową (tj. kąpiele i picie wód mineralnych), jako jedną całość. Rokrocznie pojawiają się nowe środki cudowne, rozpuszczające kwas moczowy, których wartość bardzo jest wątpliwą. (Mendelsohn, Klemperer).

Wszystkie „Anarthritica“ (Antipodagrica) usuwają nadmiar ksantynów i kwasu moczowego z ustroju przez spotęgowanie z jednej strony procesów utleniania śródtkan-

[2]) Odsyłam w tym względzie do książki »Handbuch der Ernährungstherapie und der Diäthetik« von E. Leyden. Leipzig 1898.

[3]) Ciekawe wskazówki co do przemiany materyi w następstwie procedur hidropatycznych zawierają w sobie prace Dr. Strassera i Ritter-Mendelsohna.

kowego, z drugiej przez zwiększenie wydzielania moczu i zmianę kwasu moczowego w połączenia łatwiej rozpuszczalne. Około 48 przetworów używa sławy leku b. skutecznego w skazie moczanowej, a z tych szczególnie: lysydin, piperazin, urocedni, urosin, urosolvin, urotropin.

Podobnie niepewnem w skutkach jest leczenie dny wyłącznie tylko wodami i solami alkalicznemi. Słusznie pyta Minkowski, czy my zdołamy przez dowóz soli alkalicznych wywrzeć wpływ na alkaliczność kwi i soków tkankowych? Badania Freudberga wykazują, że w ustroju ludzkim istnieje bardzo dobrze urządzony przyrząd regulacyjny, który ma za zadanie utrzymać alkaliczność krwi na jednym i tymsamym stopniu. Jednakże wiemy z doświadczenia, że po wielkich dawkach soli alkalicznych ciepłota człowieka niegorączkującego spada, — a więc przychodzi do zwolnienia przemiany materyi [1]), a nawet nieraz do typowego napadu dny (Müller). Do picia używa się przedewszystkiem wód alkaliczno-słonych, które uchodzą za swoiste przeciwko skazie moczanowej, dalej wód słonych i alkalicznych.

Sposób i jakość wody, którą się ma zalecić, zależą od indywidualności danego przypadku, od objawów towarzyszących ze strony żołądka, nerek i wątroby. Szczawy alkaliczne, alkaliczno-słone, a przedewszystkiem ziemne, jak Vichy, Wildungen, Salvator, Bilin, są odpowiednie dla osób drażliwych, osłabionych i podupadłej energii nerwowej, u których nie wystąpił jeszcze żaden ostry napad dny i nie można jeszcze u nich wykazać złogów kwasu moczowego, a skaza moczanowa zdradza się tylko zaburzeniami w trawieniu, zajęciem błon śluzowych i znacznem zwiększeniem ilości kwasu moczowego w moczu.

Źródła alkaliczno-słone, jak Karlsbad i Maryenbad, są wskazane u osób pełnokrwistych, silnych, otyłych, żyjących w dobrych warunkach, u których dna nie rozwinęła się jeszcze typowo, lecz tylko zachowanie się moczu i potu, zaburzenia w trawieniu, wskazują na *status arthriticus;* dalej wskazanemi są źródła alkaliczno-słone dla osób, dziedzicznie obciążonych skazą moczanową, u których obawiamy się wybuchu dny w krótkim czasie; — dalej u ludzi dotkniętych przewlekłą postacią dny, gdy odżywienie chorego jest jeszcze dobre, a wystąpiły już objawy ze strony żołądka, jelit, wątroby i nerek.

Wody słone, jak Kissingen, Wiesbaden, należy polecać wtedy, gdy przy przewlekłej podagrze grozi ogólny uwiąd; gdy ciężar ciała spada szybko, siły znikają, trawienie znacznie podupada i rozwija się wysoki stopień drażliwości lub apatyi chorego.

Gdy u chorego na dnę wystąpią objawy ogólnej skazy, gdy pojawi się bladość, obrzęki stóp i t. d., wtedy wskazane są przedewszystkiem wody żeleziste, i to szczególnie szczawy alkalicznożeleziste, jak Francensbad, Elster, które łączą z korzystnym wpływem żelaza na krew działanie dwuwęglanu sodowego. (Kisch, Glax, Flexig, Fromm, Lichtenstern).

Obok dyetetycznego stosowania różnych szczaw zaleca się również kąpiele. Kąpiel jest osią balneoterapii, około której wszystko inne w życiu kąpielowem chorego się obraca i do niej stosuje. Ona stanowi najważniejszy czynnik leczenia.

Dla chorego na dnę wskazane są wszelkie rodzaje kąpieli. Już poprzednio wspomniałem, że zimne zabiegi hidroterapeutyczne i kąpiele morskie nadają się szczególnie jako leczenie zapobiegawcze i że należy je stosować nietylko śród krótkiego czasu sezonu kąpielowego, podobnie jak i kąpiele ciepłe, lecz na przemian przez rok cały. (Winternitz Buxbaum, Strasser). Szczególniejszego rozgłosu w terapii dny zażywa leczenie źródłami ciepłemi. Które jednak kąpiele są skuteczniejsze, czy zwykłe, czy też mineralne obojętne, lub słabo słonawe, lub wreszcie solankowe, czy też w końcu kąpiele termalne siarczane, lub kąpiele błotne (mułowe), — trudno stanowczo orzec. W szczególności jednak, zwłaszcza w leczeniu dny, — musimy stanowczo wystąpić przeciw zdaniu Glaxa [5]), jakoby wodom termosiarczanym, nie należało przypisać odrębnego stanowiska, większego wpływu na wymianę N, jak wodzie zwykłej, równie wysoko ogrzanej; wiemy bowiem, że wody siarczane mają rozmaity skład chemiczny i że zawierają jako stałe składniki połączenia siarki, a mianowicie: SH_2, SNa_2, SK_2, albo też siarczyn węgla. Długi czas było rzeczą niepewną, czy należy siarce, znachodzącej się w małych ilościach (0·01 w litrze), w ogóle jaki skutek leczniczy przypisać; nowsze jednak badania (H. Schudka) wykazały, że małe, ale przez dłuższy czas stale zużywane ilości siarki, wywierają wybitny wpływ na układ naczyniowy na nerwy i mięśnie, jak również na skórę i na narząd trawienia. Zastosowanie i użycie siarki wód siarczanych w skutkach swoich nie stosuje się do maksymy „im więcej tem lepiej" — i że „wiele pomaga wiele", ale przeciwnie, doświadczenie poucza nas, że ilości małe, ale przez dłuższy okres czasu stale używane, są stanowczo zdolne pobudzać energię życiową poszczególnych narządów. A ponieważ zbawienny wpływ term siarczanych, z powodu wielkiej zawartości w nich soli i wskutek korzystnego działania na przemianę materyi w ogólności, jest już uznany, przeto właśnie należy źródłom siarczanym (Theiopegen) przypisać odrębne stanowisko względem innych źródeł [6]).

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Tak dobre wyniki po wodzie karlsbadzkiej, Vichy i innych wodach zależą nie tyle od działania samych wód, ile od wzmożonej pracy fizycznej (ruch, gimnastyka), od stosownej dyety i od kąpieli mineralnych.

[5]) Lehrbuch der Balneotherapie von Prof. Dr. J. Glax 1897 str. 243 i 245.

[6]) Patrz Beissel, Stiffl, Pronke, Marchisco, Pohl, Astrie, Reumont, Schulz.

IV. Wyciągi.

Dr. Ossipow. **O zmianach chorobowych u zwierząt w układzie nerwowym ośrodkowym, wywołanych nakłóciem lędźwiowem.** (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1902, 19. Band). Przypuszczając z góry, że obniżenie ciśnienia w przewodzie mózgowo-rdzeniowym, wywołane wypuszczeniem cieczy mózgowo rdzeniowej przez nakłócie lędźwiowe, musi wpłynąć na naczynia, wywołać następowe przekrwienie i łatwo wynaczynienia, stara się autor doświadczalnie udowodnić, że nakłócie lędźwiowe, tak często obecnie stosowane, właśnie wywołuje łatwo powyższe objawy i przez to nie jest zabiegiem obojętnym. Nakłócie lędźwiowe stosuje się albo w przypadkach, gdzie istnieją pewne wskazania i osiąga się wyniki najczęściej dodatnie, jak w ostrem zapaleniu surowiczem opon, ostrem wodogłowiu; lub też bez wyników, n. p. w wodogłowiu przewlekłem, guzach mózgowych, ropniach, ropnem zapaleniu mózgu, a również w chorobach ostrych zakaźnych, chorobach nerwowych i umysłowych, a nawet w mocznicy.

Do doświadczeń swoich używał autor psów i wykonywał nakłócie lędźwiowe zwykłym sposobem, jużto raz, jużto kilka razy w odstępie 1—2 dni, dalej w odstępach tygodniowych, wyciągał płyn strzykawką lub ustami, a nadto kontrolował wyniki na osobnym psie, którego w uśpieniu eterowem bez nakłócia zabijał. U wszystkich psów badał autor rdzeń i mózg drobnowidowo, jak również oznaczał ciśnienie i ilość wypuszczonej cieczy mózgowo-rdzeniowej. W tych wszystkich doświadczeniach znajdował przy sekcyi znaczne przekrwienie naczyń mózgowych i rdzeniowych, szczególnie wyraźne w części lędźwiowej i górnej grzbietowej rdzenia, przekrwienie naczyń na podstawie mózgu, rdzenia przedłużonego i wypukłości półkul mózgowych. Przekrwienie to trwało przeszło siedm dni.

Na skrawkach mikroskopowych istota szara rdzenia była różowo zabarwiona, ostro odgraniczała się od substancyi białej i zawierała szczególnie w okolicy tylnych rogów liczne, gołem już okiem dostrzegalne wynaczynienia. Znachodziły się one głównie na wysokości 11—12 korzonka nerwowego lędźwiowego i na wysokości od 5-go piersiowego do 3-go szyjnego. Nadto dwa razy znalazł autor krwotok śródoponowy rozległy w rdzeniu.

Same komórki zwojowe rdzenia okazywały również zmiany drobnowidowe, począwszy od ustawienia się obwodowo jądra, nagromadzenia się substancyi chromatynowej na obwodzie jądra, zatarcia się ziarniny Nissla, aż do zaniku samych komórek i włókien osio-

wych. Te same zmiany znaleziono u psów, u których użyto aspiracyi, z tym nadto dodatkiem, że krew znajdowała się w przewodzie środkowym rdzenia aż do przewodu Sylwiusza. U psa, u którego raz tylko zrobiono nakłócie, znaleziono tylko przekrwienie bez wynaczynień. Z doświadczeń swoich wyciąga autor następujące wnioski: Wypuszczenie cieczy mózgowo-rdzeniowej przez nakłócie lędźwiowe wywołuje trwałe przekrwienie naczyń oponowych i substancyi mózgu i rdzenia. Przy kilkakrotnem nakłóciu lędźwiowem może przyjść do wynaczynień, a nawet do zmian odżywczych w samych komórkach nerwowych. Użycie aspiracyi jest niebezpieczne, bo łatwo sprowadzić może poważne krwotoki do przewodu środkowego rdzenia.

Nakłócie lędźwiowe nie jest tedy zabiegiem obojętnym i powinno być ograniczone do tych przypadków, gdzie powiększone ciśnienie cieczy mózgowo-rdzeniowej zagraża wprost życiu chorego. Przeciwwskazane jest w stwardnieniu tętnic, tętniakach, ostrych i przewlekłych chorobach układu ośrodkowego nerwowego, przy których niema wyraźnych objawów podwyższenia parcia cieczy. Stosowane przy udarach mózgowych w celu rozpoznania obecności krwi w komorach, nie może dać pewnych wyników z powodu łatwej możności uszkodzenia naczyń i tem samem już wywołania krwotoku. Nakłócia, połączonego z aspiracyą, nie należy nigdy wykonywać. Dla celów rozpoznawczych dokonane, nie przedstawia innego niebezpieczeństwa, prócz możliwości zakażenia, skaleczenia naczynia, lub korzonka nerwowego. *Dr. Stanisław Gólski.* (Kr. kl. ch. w.).

Schilling. **Zapalenie błoniaste kiszek i zapalenie śluzowe okrężnicy.** (*Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 3). Na podstawie dat, zebranych w piśmiennictwie bieżącem, zastanawia się autor nad istotą zapalenia śluzowego okrężnicy. Zapatrywania autorów na istotę tej choroby różnią się znacznie: jedni widzą w napadowo występujących bólach jelitowych, połączonych z wydzielaniem obfitej ilości śluzu, wyraz nerwicy jelitowej, inni uważają napady na następstwo nieżytu kiszek, odznaczającego się zwiększonem wydzielaniem śluzu. Za pierwszem z tych zapatrywań przemawiaćby mogły spostrzeżenia Schütza, ogłoszone w roku 1900, wykazujące ścisły związek między napadami kolki jelitowej i wydzielaniem śluzu, a płaczem nerwowym chorych. W czasie rozpraw XIII-go międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Paryżu były te cierpienia jelit przedmiotem dość żywej wymiany zdań. Boas przychylać się zdawał do zdania, że odróżnianie dwóch odrębnych chorób: zapalenia błoniastego jelit i zapalenia śluzowego okrężnicy nie jest bezwarunkowo konieczne. Czysta postać kolki jest bardzo rzadka. Przyjmować ją wolno tylko wtedy, gdy dokładne badanie chorego wykaże brak jakichkolwiek zmian zapalnych w jelitach (nieżytowych), a stwierdzi objawy nerwicy. W podobny sposób wyrażał się także Mannaberg. Mathieu uważa kolkę jelitową za nerwicę miejscową, nie przecząc bynajmniej, że często wikła się ona z nerwicami ogólnemi. Nie brak jednak i w ostatnich czasach autorów, którzy sprawę kolki łączą ze sprawą nieżytową, przyjmując, że jest ona następstwem kurczowego zaciskania się jelit, spowodowanego drażnieniem nieprawidłowej, obficie ze śluzem zmięszanej treści jelitowej. Należą tu między innymi Ewald, Westphalen, Jach itd. I oni wszakże przyjmują dla wytłómaczenia napadowych bólów tło nerwowe. Leczenie zwracać się powinno bądź to przeciw nieżytowi, bądź uwzględniać więcej układ nerwowy. Unikać należy środków ściągających, leków silnie przeczyszczających i mięsienia. *L. K.* (Kr. kl. l.).

Penzoldt. **Wodowstręt.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Z. 36). Wobec bajecznych opowiadań o wodowstręcie zwierząt i ludzi, powinien lekarz czuć się powołanym do szerzenia w tych sprawach jasnych i naukowych zapatrywań. Do zakresu tych przesądów należy rozpowszechnione mniemanie, że wodowstręt może powstać samoistnie np. u psa z powodu upału, pragnienia, niezadowalnianego popędu płciowego itd.: nigdy jednak nie udało się nikomu wywołać wścieklizny u zwierzęcia przez zastosowanie tych sposobów, a jeżeli w wolnej dotychczas od wścieklizny okolicy pojawi się ona nagle u psów, to dochodzenie zawsze przekonało, że została wywołana przez ukąszenie wściekłych zwierząt. Także należałoby przeczyć możności zakażenia się zarazkami, które miały przetrwać dłuższy czas w ziemi lub na sprzętach, gdyż powietrze i światło niszczą bardzo prędko jad wścieklizny, a wilgoć i gnicie osłabiają go już po kilku tygodniach. Prawie wszystkie zwierzęta ssące mogą zapadać na wściekliznę, która przez pokąsanie rozpowszechnia się, przechodząc na inne gatunki zwierząt. Ponieważ zwierzęta wściekłe po największej części ukrywają się, łatwo zrozumieć, że wścieklizna często w początku bywa nierozpoznana, dopóki wściekły pies nie rozszerzy jej wśród większej liczby zwierząt. W miastach padają ofiarą pokąsania głównie psy, koty i okrzyczane, jako roznosiciele zarazy, szczury, a po wsiach prócz tego wilki, lisy, kuny itd. Długi okres wylęgania (przeciętnie 60 dni) również wiele się przyczynia, że zaraza często się zawleka w oddalone okolice i tam nagle wybucha. Bardzo fatalnym jest również szczegół, że psy w okresie zwiastunowym (1—3 dni), kiedy choroba niewątpliwie jest już zaraźliwą, nie okazują często żadnych podejrzanych objawów chorobowych. W $^{9}/_{10}$ przypadków przyczyną udzielania się choroby ludziom są psy; $^{1}/_{20}$ przypada na koty, a tylko $^{1}/_{20}$ na resztę zwierząt. Ludzie przenoszą ją tylko raz na tysiąc przypadków. Wogóle powiedzieć można, że wśród równych warunków niebezpieczeństwo tam jest większe, gdzie jest dużo psów, a przepisy policyjno-sanitarne nie są dostatecznie, lub wcale nie są przestrzegane. W sztucznie wywołanych przypadkach wścieklizny u psów następuje wyjątkowo samoistne wyleczenie, które możemy przeto i wobec przypadków zakażonych na innej drodze uważać za możliwe. Choroba polega na ostrem zapaleniu różnych odcinków ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza rdzenia pacierzowego, lecz histologiczne wykazanie zmian cechujących wymaga wiele czasu i wprawy.

Skłonność do zakażenia się wścieklizną jest u ludzi ogólna, chociaż nie wszyscy, pokąsani przez wściekłe psy, zapadają na wodowstręt. Najniebezpieczniejsze są ukąszenia przez wilki, po których śmiertelność wynosi 60—90%. Przyczynę większego niebezpieczeństwa pokąsań w twarz i ręce, niż np. w ramiona i kończyny dolne należy upatrywać w tem, że zarażająca ślina na obnażonych częściach ciała dostaje się do rany w większej ilości, niż na miejscach pokrytych odzieżą; lecz nie pozostają zapewne bez wpływu i obfite unerwienie twarzy i rąk, jakoteż bliższe znajdowanie się twarzy od mózgu. Za najkrótszy okres wylęgania choroby u ludzi można przyjąć 11 dni, który autor w jednym przypadku stwierdził. Oznaczenie okresu wylęgania dłuższego, niż rok, należy brać z zastrzeżeniem, a w przypadkach, w których okres wylęgania miał rzekomo trwać kilka, a nawet kilkadziesiąt lat, należy przypuścić, że w czasie między ukąszeniem a wybuchem choroby nastąpiło zakażenie przez jakieś niepozorne ukąszenie lub polizanie zranionej skóry. W $^{1}/_{5}$ przypadków występuje choroba w drugim miesiącu, a prawie w $^{9}/_{10}$ w przeciągu pierwszych trzech miesięcy po zakażeniu. U dzieci i wobec rozległych obrażeń okres wylęgania jest przeciętnie krótszym. Pociąg do kąsania u chorych na wodowstręt zdarza się wprawdzie, ale nieregularnie i rzadko skierowuje się przeciw drugim, najczęściej zaś przeciw własnej osobie. Za przyczynę wystąpienia formy porażennej u ludzi uważać można bądź silne zakażenie, bądź też wyjątkowe usposobienie, gdyż niektóre znane przypadki dotyczyły ludzi z usposobieniem neuropatycznem, lub chorych na padaczkę. Możność pomięszania wodowstrętu z inną chorobą zachodzi szczególnie w przypadkach lęku wścieklizny, (*lyssophobia, tetanus hydrophobicus*), ostrego obłędu opilczego itd., zwłaszcza jeśli poprzedzało ukąszenie: P. sądzi, że przypadki rzekomego wyleczenia wodowstrętu należały właśnie do „lęku wścieklizny“ u osób histerycznych.

Co się tyczy zapobiegania, to autor poleca ścisłe przestrzeganie przepisów policyjno-sanitarnych, tyczących się psów. Podatek od psów ma być wysoki i nie powinien być niższy na wsi, gdzie niebezpieczeństwo zarażenia jest większe. W razie wybuchu epidemii powinien być powszechnie umówiony międzynarodowy obowiązek donoszenia o tem sąsiednim krajom lub powiatom. W otoczeniu czterech kilometrów od miejsca, w którem wściekły pies się zjawił, należy psy zamknąć, lub prowadzić je na smyczy w kagańcu, względnie należy wybić wszystkie wolno uganiające się psy i koty. Bardzo ważną jest kontrola sprzedaży psów z okolic nawiedzonych wścieklizną. W Niemczech są już widoczne korzyści przepisów zapobiegawczych, gdyż przypada tam jeden wściekły pies na 100.000 mieszkańców, podczas gdy we Francyi jeden na 30.000, w Austryi na 27.000, na Węgrzech na 15.000. Naśladowania godnem jest wydrukowanie na kwitach podatkowych od psów w Bawaryi pouczenia, jak postępować należy w razie wybuchu wścieklizny. Każda rana z ukąszenia przez psa ma być natychmiast doszczętnie oczyszczona przez odpływ krwi i wymycie środkami przeciwgnilnymi, a psa należy wziąść pod dozór przez dni ośm. Jeżeli po tym okresie pies jest zdrowy, człowiek pokąsany niema się czego obawiać. Natomiast jeżeli w okolicy zdarzyły się przypadki wścieklizny, każde ukąszenie psa, jakoteż ukąszenie innego zwierzęcia czworonożnego jest wielce niebezpieczne, nawet gdyby na razie nie było żadnych objawów podejrzanych u kąsającego zwierzęcia. Wtedy ranę trzeba przypalić i odkazić, a zwierzęcia nie zabijać, lecz obserwować w bezpiecznem zamknięciu przez weterynarza lub policyę, a gdy zwierzę zachoruje, należy bezzwłocznie udać się do zakładu szczepień ochronnych przeciw wodowstrętowi. W razie wybuchu choroby u człowieka uważa P. trwałe uśpienie chloroformowe za najbardziej humanitarny, choć ciężki do przeprowadzenia środek,

bo nieszczęśliwi chorzy pozostają wtedy w stanie odurzenia aż do śmierci. Może z czasem powiedzie się leczyć tę straszną chorobę i po jej wybuchu osłabionym jadem wodowstrętu, lub surowicą uodporniającą. *Dr. J. Fels.*

Dr. Hirschfeld i dr. Tobias. **Przyczynek do nauki o białaczce pochodzenia szpikowego.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1902, Nr. 6). Dwa opisane przypadki były badane bardzo wyczerpująco klinicznie, a drugi prócz tego anatomicznie. Wielokrotne badania krwi wykazały, że odsetkowy stosunek różnych postaci ciałek białych w ciągu choroby podlegał wielkim wahaniom; najstalszą okazała się względna ilość wielojądrzastych neutrofilów; ilość myelocytów w pierwszym przypadku wahała w granicach 6.42% do 23.00% (wykonano 16 badań krwi), w drugim w granicach 1.5% do 30.3% (wykonano 21 badań). W drugim przypadku nekroskopia wykazała: *lymphoma multiplex lienis, hepatis et renis dextri*, w długich kościach prawie zupełny zanik szpiku, w innych kościach szpik w postaci białej miękkiej masy. Prócz tego była tu rzadko spotykana kombinacya gruźlicy prosówkowej z białaczką. Przypuszczać należy, że albo w przebiegu białaczki rozwija się gruźlica, wkraczając do ustroju drogą bliżej nieznaną, albo też skryta gruźlica ujawnia się podczas białaczki. Wpływ gruźlicy na krew zaznaczył się tem, że w początkach choroby ciałek białych było 426.000, w końcu zaś 283.000. W obu przypadkach poszukiwano pierwotniaków, opisanych przez Löwita. Autorowie widzieli twory, podobne do pasorzytów Löwita, najczęściej w wielkich jednojądrzastych ciałkach, ale uważają je nie za pasorzyty, lecz częściowo za strąty barwikowe, częściowo za produkty rozpadu pierwoszczy lub jądra, zaś twory w małych jednojądrzastych ciałkach za zniekształtnione ziarenka komórek tucznych. W narządach krwiotwórczych pasorzytów Löwita nie znaleziono. Wstrzykiwania wyciśniętego soku ze śledziony, gruczołów chłonnych i szpiku kostnego według przepisu Löwita u 12 królików nie dały charakterystycznych zmian we krwi i narządach, jedynie hiperleukocytozę. *Dr. Z. Czaplicki.*

Dr. M. Klimmer. **Czy istniejąca kontrola mleka jest dostateczna i jak ją wykonywać należy, by odpowiadała wymaganiom higieny?** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1901, 54, 413, 1. II.). Kontrola mleka targowego pod względem sanitarnym jest policyjna i ma za zadanie chronić odbiorców przed oszustwami co do jakości mleka, oznaczając mianowicie odsetkowo ilość tłuszczu; lecz pod względem społecznym zbyt mało chroni od chorób zakaźnych, powstałych często po użyciu mleka zanieczyszczonego rozmaitymi zarazkami. Szkodliwość mleka zależy tak od znajdujących się w niem drobnoustrojów chorobotwórczych, jak i szkodliwych zdrowiu przetworów chemicznych, które mogą się znajdować bądź w mleku, względnie wymionach krów w chwili udoju, bądź też mogą być domięszane z zewnątrz po udoju.

Wydzielanie się mleka szkodliwego dla ustroju ludzkiego może być spowodowane przez: 1) choroby zakaźne krów, dające się przenieść na człowieka, jak perlica, zaraza pyskowo-racieczna, wąglik, wścieklizna; 2) przez takie choroby zakaźne krów, które jako takie na ustrój ludzki się nie przenoszą, ale zwiększając ilość bakteryi w mleku, wywołują zmiany w jego składzie chemicznym. Do tych należą: *a*) zaraza płucna v. księgosusz; *b*) choroby wymion; *c*) choroby gorączkowe wogóle, a w szczególności choroby przewodu pokarmowego; wreszcie 3) wydzielanie się z mlekiem trucizn chemicznych, zawartych w paszy.

Do przyczyn, które czynią mleko szkodliwem po udoju, należą domieszki: I) istot żyjących, jak saprofity, wywołujące kiśnienie mleka, lub też bakterye chorobotwórcze: duru, cholery, płonicy, błonicy itd. II) nieczystości, w postaci wszelkiego brudu, kału itd.

Zapobieżenie szerzeniu się chorób zapomocą mleka jest obowiązkiem państwa; niższe organa policyjne, a nawet chemicy i bakteryologowie, nie są w możności doraźnie wykryć wszystkich szkodliwości mleka na targowicy; z tych to powodów w Zurychu, Stokholmie, Budapeszcie i innych miejscowościach zaprowadzono instytucyę inspektorów weterynarzy do badania krów dojnych, ich żywienia, jakoteż przyrządzenia i przechowywania mleka w zakładach mleczarnianych. Przez zaprowadzenie odpowiedniej kontroli byłyby dozorowane 1) wszelkie choroby wewnętrzne krów i choroby wymion, a mleko od takich krów na czas trwania choroby byłoby od sprzedaży wykluczone; 2) wszystkie krowy winny być szczepione tuberkuliną i badane klinicznie na perlicę: *a*) krowy okazujące kliniczne objawy perlicy winny być wykluczone od dostarczania mleka, z obór usunięte i oddane na rzeź za odpowiedniem wynagrodzeniem ze skarbu państwowego; *b*) krowy, reagujące na szczepienie, a jednak nie okazujące objawów klinicznych perlicy, musiałyby być oddzielone od zdrowych a mleko od nich sprzedawane tylko po przegotowaniu, lub też z wyraźną deklaracyą, że tylko w formie przegotowanej może być używane; 3) przy wybuchu zarazy pyskowej i racicznej aż do jej wygaśnięcia, sprzedaż mleka z takiej obory wzbroniona; 4) mleko od krów chorych na wąglik, księgosusz, wściekliznę lub cierpienia wymion powinno być do sprzedaży niedopuszczone; również mleko od krów, leczonych silnymi lekami, jakoteż od krów gorączkujących lub chorych na zaburzenia w przewodzie pokarmowym, a tylko wyjątkowo może być przez weterynarza dozwolone; 5) siara ma być przez 6 dni po ocieleniu i parę dni przed ocieleniem od sprzedaży wykluczona; 6) krowy mają być w odpowiednio przepisany sposób karmione i czyszczone, z szczególnem uwzględnieniem wymion, ogona, lędźwi, podbrzusza i nóg; 7) osobom, cierpiącym na choroby, które mogłyby przez użycie mleka być przeniesione na konsumentów, lub osobom, stykającym się z takiemi chorobami, wstęp do obór i mleczarń ma być wzbroniony, w razie przeciwnym mleko od sprzedaży należy wykluczyć; 8) ręce osób, dojących krowy, przed udojem mają być należycie oczyszczone; osoby z wyrzutami skórnymi lub ranami na rękach od dojenia winny być wykluczone; 9) obora ma być jasna i dobrze przewietrzana; 10) mleko po udoju ma być jak najprędzej ze stajni wyniesione i wyziębione; 11) miejsca przeznaczone do przechowywania mleka nie mogą być używane na mieszkanie, względnie na sypialnie; 12) naczynia należycie oczyszczone po każdem użyciu nie mogą służyć do innych celów. Przechowywanie mleka w naczyniach mosiężnych, miedzianych, cynkowych, żelaznych i glinianych ze złą, lub zawierającą ołów, popękaną polewą czy emalią powinno być wzbronione; 13) dodawanie przetworów chemicznych do mleka dla jego konserwacyi jest wzbronione; 14) każde gorzkie, nienaturalnie zabarwione, zepsute, skiszone mleko od użycia należy wykluczyć; 15) powyższe postanowienia rozciągnąć należy w odpowiednim stopniu na ser, masło, śmietanę, wogóle, na nabiał.

Odpowiednio wykonywana przez inspektorów-weterynarzy kontrola obór i mleczarń ma być częsta, a nie rzadziej jak co 14 dni. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Leonard Guthrie. **Leczenie porażenia połowiczego.** (*The Lancet*, 19 października 1901). Autor powstaje przeciwko bierności lekarzy w przypadkach świeżych porażeń: zazwyczaj podaje się leki wewnętrzne (jodek potasu, strychnina i t. p.), lecz same porażenia, jako takie, pozostawia się własnemu losowi, bądź z obawy nowego udaru, bądź też w przekonaniu o bezużyteczności wszelkich zabiegów leczniczych w tym okresie.

Na mocy długoletniego doświadczenia wypowiada G. przekonanie, że zupełne zaniedbanie leczenia pogarsza ciężkie przypadki, a opóźnia wyzdrowienie w porażeniach lekkich (przyczyna choroby nie odgrywa tu żadnej roli — czy to będzie krwotok do miąższu mózgowego, czy zator lub zakrzep w naczyniu).

Szkodliwe następstwa, które w porażeniach należy mieć na oku, aby im zapobiedz, są następujące: zrosty w stawach, stężenie i zanik mięśni. Zrosty w stawach zaczynają powstawać bardzo wcześnie, w pierwszym lub drugim tygodniu cierpienia; od samego więc początku należy stosować leczenie zapobiegawcze, np. bierne ruchy wszystkich stawów po kolei.

Nieprawidłowe położenia członków należy poprawiać, gdyż stać się mogą nawykowemi i utrwalić się.

Przy przykurczeniach niektórych mięśni należy wzmocnić odżywienie i energię słabszych antagonistów.

Mięsienie, bierne ruchy, w mniejszym stopniu elektryczność należy w tym celu stosować. Zabiegi te nietylko zapobiegają zanikom mięśni z nieużycia, lecz prawdopodobnie zastępują też miejsce bodźców prawidłowych i działają pobudzająco na neurony.

W przypadkach lekkich nieraz zdolność ruchów powraca, lecz chorzy tego nie uświadamiają i pozostają bezsilnymi jak i przedtem; oprócz pobudek psychicznych (obawa prób ruchu i t. p.) gra tu często rolę rzeczywiste zapomnienie, jak należy wykonać pewne ruchy dowolne. Ważnem jest tedy nauczyć chorego na nowo ruchów, a osiąga się to przez połączenie ruchów biernych i ćwiczeń czynnych.

Ruchy odzyskują się zazwyczaj w pewnym określonym porządku: noga poprawia się prędzej, niż ręka; części wyżej położone członków (udo, bark) prędzej, niż niżej leżące tak, że rozginacze palców (szczególnie mięśnie odwodzące i prostujące palca wielkiego ręki) powracają do normy ostatnie. Przy uczeniu ruchów przedewszystkiem należy zwrócić uwagę na członki, które poprawiają się pierwsze. Brak koordynacyi i ogólną słabość członków, które już odzyskały zdolność ruchów, należy leczyć ćwiczeniami i przyrządami mechanicznymi. Wogóle ważną jest rzeczą odnaleźć zakres, w którym chory może być czynny i zmusić go do tego wykonawstwa. *St. Kudzki* (Ptbg.).

Kobler. **Wałeczki i białko w moczu przy parciu stolca.** (*Corresp. Med. Press. Internat. Med. Magazine* Oct. 1901). Autor stwierdził białko i wałeczki w moczu u cierpiących na za-

parcie stolca. Ten nieprawidłowy skład moczu może trwać kilka dni i następnie nagle znika po oddaniu stolca.

Wallenstein drogą doświadczalną wywoływał niedrożność jelit u zwierząt przez zamknięcie otworu stolcowego; wyniki były takie same: po 24-godzinnem zamknięciu jelita odchodowego w moczu świnek morskich dawały się spostrzegać wałeczki i wystąpiło białko; w moczu psów wystąpiły wałeczki, nader obficie, lecz białka nie było. Badania histologiczne wykazały, iż nabłonek istoty rdzennej nerek znajdował się w stanie silnego zwyrodnienia tłuszczowego. *St. Rudzki* (Ptbg.).

Knapp. **Nowy sposób oznaczania kwasu mlekowego.** (*New-York Med. Journ. Internat. Med. Magaz.* Październik 1901). Autor zaleca następujący sposób do badania treści żołądkowej na obecność kwasu mlekowego. Do naczynia z podziałką nalewa się 1 cent. sześc. przesączonej treści żołądkowej; dodaje się eteru do 5 cent. sześc.; mięszaninę wstrząsa starannie, żeby zapomocą eteru wyciągnąć całą zawartość kwasu mlekowego, mogącą się znajdować w soku żołądkowym. Następnie do probówki z 2 cent. sześc. rozczynu żelaza ostrożnie po ścianie wlewa się wyciąg eterowy: w razie obecności kwasu mlekowego, na granicy dwóch płynów powstaje rażąco odbijający od nich pierścień kanarkowo-żółty, a czasami występuje on dopiero po paru chwilach: probówkę najlepiej jest ustawić na białem tle, przyczem badający staje plecami do światła. Próba powyższa jest modyfikacyą odczynu Straussa, lecz ma być czulszą i wymaga mniejszej ilości eteru i soku żołądkowego.

St. Rudzki (Ptbg.).

Szyrokich. **W sprawie przedostawania się zawartości żołądka do jelit.** (*XI-ty Zjazd przyrodników i lekarzy rosyjskich w Petersburgu. Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 3). Doświadczenia S., przeprowadzone na psach w pracowni prof. Pawłowa (Petersburg), wykazały, że przedostawaniu się pokarmu z żołądka do jelit u psów towarzyszą znamienne ruchy; ruchy te zresztą mogą występować i naczczo, powtarzają się co 1—1½', trwają 19—20 minut i dłużej. Bulion, woda, wyciąg Liebiga, rozpuszczony w wodzie, ślina, sok żołądkowy i białko jaja kurzego, rozcieńczone nawpół z wodą i inne bodźce chemiczne nie wywołują same przez się tych skurczów żołądka, jeśli wymienione substancye były wprowadzone do żołądka w jego stanie spokojnym i bez zwrócenia uwagi psa; 0,3% rozczyn dwuwęglanu sodowego, wprowadzony do dwunastnicy, wywołuje odruchowo te ruchy żołądka nawet naczczo. Toż samo działanie ma i sok trzustkowy. Wymienione ruchy skurczowe żołądka ustają w razie wprowadzenia do dwunastnicy soku żołądkowego w ilości 20—30 sz. ctm. Tak zwane pozorne karmienie nie wywołuje prawidłowych skurczów czczego żołądka.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Dr. Th. Panzer. **Przyczynek do nauki o odporności alkaloidów roślinnych podczas gnicia.** (*Zeitschrift f. Untersuch. d. Nahr. u. Genussmittel* Nr. 1, 1902). Przy sposobności badania wnętrzności dwóch samobójców, którzy odebrali sobie życie przez zażycie morfiny, miał autor sposobność przekonać się o zachowywaniu się morfiny podczas gnicia wnętrzności. W jednym przypadku przedmiotem badania był żołądek wraz z treścią, część jelita cienkiego, jelito grube, nerki, wątroba i mocz; w drugim przypadku żołądek wraz z treścią, górny odcinek jelita cienkiego, wątroba i nerka. W obu przypadkach sądowo-lekarskich znaleziono znaczne ilości morfiny. Resztki przedmiotów badanych, niezużytych przy badaniu sądowo-lekarskiem, pozostawiono w kubku lekko nakrytym przez przeciąg sześciu miesięcy w ciepłocie pokojowej. Przez ten czas wnętrzności uległy bardzo daleko idącemu procesowi gnicia, a po upływie sześciu miesięcy poddał autor zgniłe wnętrzności badaniu chemicznemu celem wykrycia morfiny. W obu przypadkach otrzymał kryształki białe, które, jak bliższe badanie wykazało, były morfiną. Badania zatem autora wykazały, że w wnętrznościach, ulegających gniciu przez przeciąg sześciu miesięcy, morfina nie rozkłada się, że ją można z nich uzyskać i wykryć, jednakowoż sposób jej wydzielenia z takich substancyj jest wielce utrudniony. *Dr. Ig. L.*

Mieczysław Halpern. **W sprawie leczenia tętniaków aorty zapomocą podskórnych wstrzykiwań żelatyny.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). Po przedstawieniu teoretycznej strony tej metody, stosowanej w ostatnich latach przez licznych lekarzy, autor opisuje własne dwa przypadki tętniaków aorty, w których stosował wstrzykiwania żelatyny metodą Lanceraux. Pierwszy chory dostał cztery wstrzyknięcia 2% roztworu żelatyny wyjałowionej w odstępach tygodniowych; pierwsze trzy po 200 ctm³, ostatnie z 100 ctm.; opuścił on szpital bez żadnej poprawy. Drugi chory otrzymał 9 wstrzyknięć w dwóch seryach, ogółem 34 grm. żelatyny; tętniak mimoto stale się powiększał, co stwierdzono zapomocą radyoskopii kilkakrotnie dokonanej. Oprócz własnych przypadków autor wspomina o również niepomyślnym wyniku stosowania żelatyny przez Dra Rzętkowskiego w przypadku tętniaka aorty u chorego na oddziale Dra Dunina. *Z. Czaplicki.*

Kavolevsky i Moro. **Dwa przypadki ogólnego zakażenia noworodków prątkiem okrężnicowym.** (*Klin. therap. Wochs.* Nr. 50). W opisanych dwu przypadkach zakażenia prątkiem okrężnicowym noworodków, zakończonych śmiercią, przeprowadzono bardzo dokładne badania krwi, badania bakteryologiczne i histologiczne. Objawy jednej i tej samej choroby w obu przypadkach bardzo się różniły. W pierwszym przypadku objawy zakażenia ogólnego były nieznaczne, brak było żółtaczki i krwawień; w drugim objawy te były dominujące. Na podstawie przeprowadzonych badań przekonano się, że zakażenie ogólne sprowadziło *bacterium coli commune*. Jako odróżnienie od choroby Winkla podnoszą pojawianie się prawdziwego moczenia krwawego, a nie hemoglobinuryi brak w nerkach zawałów hemoglobiny. *P.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Thigenol, nowy przetwór siarkowy, wyrabiany przez fabrykę F. Hoffmann-La Roche i Spkę w Bazylei, zastosował Prof. Dr. A. Jaquet z Bazylei w leczeniu rzeżączki w postaci 2% wstrzykiwań trzy razy dziennie; leczenie trwało około 22 dni, poczem nie było już ani wypływu, ani gonokoków. Takie wyniki otrzymał Jaquet w przypadkach rzeżączki świeższej, — w przypadkach przewlekłych stosował tigenol naprzemian z innym środkiem ściągającym, i tu działanie tigenolu było wybitne.

Jaquet zastosował też tigenol w cierpieniach skóry (wyprysk, świerzb), bądź czysty, bądź w postaci 20% maści, lub też jako ciasto (*Thigenoli 4·0, Zinc. oxyd, Amyli aa 3·0, Glycerini, Aquae aa 1·0, Ungti glycerini 8·0*). Wyniki były zadowalniające i na podstawie ich twierdzi J., że tigenol dla swych własności wchłaniających i uśmierzających świąd, powiększy obok ichtyolu i naftalanu zbiór środków, używanych w leczeniu chorób skórnych. *G.*

Fersan stosować można ze skutkiem nawet wobec cierpień żołądka i uzyskać dobre wyniki, jak to wnioskować można z badań dokonanych przez Bassa (*Centralblatt für die gesammte Therapie* Nr. 5, 1902), gdyż środek ten przechodzi przez żołądek w stanie nierozłożonym. W tych przypadkach najlepiej podawać fersan w proszku (w opłatku), lub w kołaczykach z czekoladą, a dawka 15 grm. na dzień wystarcza, aby wywołać właściwe żelazu podrażnienie narządów wytwarzających krew.

Elischer. **O zastosowaniu chlorku heroiny w ginekologii.** (*Die Heilkunde* 1902, Nr. 1). Autor stosował heroinę do tamponów w rozczynie 1: 1000. Działanie tego leku miało być znakomite w sprawach zapalnych trąbek, otrzewnej miednicy małej i w wysiękach. Po jednorazowem użyciu ustępowały bóle z początku na 3—4 godzin, później na czas coraz dłuższy, aż do czterech dni tak, że przez ten czas stosować można było inne leczenie, jak obciążanie, tampony z ichtyolem, a nawet mięsienie. Heroina usuwa także przykre bóle przy raku, nie nadającym się do operacyi, ale tylko na czas krótki, najwyżej 12—15 godzin i tylko przy raku części pochwowej. Objawów zatrucia, t. j. ogólnego osłabienia, jakoteż i miejscowego pieczenia, nie zauważył. *P.*

Dr. Silberstein. **O nowym przetworze chininy.** (*Ärztliche Centralzeitung* Nr. 50. 1901). Z kory chinowej przyrządzane bywają dwa przetwory: *extr. chinae aquosum*, zawierające niewiele alkoloidów i *extr. chinae spirit.* o składzie niestałym. Aptekarz Nanning uzyskał zapomocą własnego sposobu przyrządzania przetwór, zawierający stale około 5% alkaloidu, istoty gorzkie kory i kwas chinogarbnikowy w stanie rozpuszczonym. Przetwór ten łączy więc własności chiny z własnościami środków gorzkich. Z przetworu tego podaje się 20 kropli na czczy żołądek, poczem zauważyć można pobudzenie łaknienia i ustępowanie wymiotów u ciężarnych. Zazwyczaj wyciąg Nanninga poleca się podług następującego wzoru: *Rp. Acidi muriatici, Pepsini aa 2,0, Extr. chinae Nanning 30. M. D. S. Trzy razy po 15 kropli.* *K.*

Dr. Bolen. **O usuwaniu niestrawności występującej podczas zażywania rtęci i jodu.** (*Therap. Monatshefte*, grudzień. 1901). Wiadomo, jak łatwo zapadają na niestrawność chorzy kiłowi, poddający się leczeniu rtęcią lub jodem. Stanom tym towarzyszą zwykle zgagi, uczucie pełności i gniecenia w żołądku, przyczem występuje brak łaknienia, nieraz potęgujący się aż do zupełnego wstrętu do jedzenia. W tych przypadkach *extractum chinae Nanninga*, podawane w winie trzy razy dnia po 10—15 kropli oddawało autorowi dobre usługi, co przypisuje on zmniejszeniu podniesionej zwykle kwasoty żołądka. Gorzki smak tego przetworu zostaje złagodzony przez podawanie w wodzie, w winie (Portwein). *K.*

Dr. Guitmann i Dr. L. Kardos wykazali na materyale szpitala w Peszcie, że fersan nietyle działa na wzmożenie ciężaru ciała, jak raczej na szybkie podniesienie się ilości hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi. Największa ilość doświadczeń, dokonanych przez tych autorów, odnosi się do niedokrewnych dziewcząt między 17 a 22 rokiem życia, u których fersan, zawierający obok żelaza fosfor, znakomite oddał wyniki. Do podobnego wniosku dochodzi także Dr. Kaeser, który podawał bledniczym fersan i poleca go jako środek łatwo wessalny, pobudzający łaknienie. *R.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 26 lutego 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący przedstawia uchwałę Komitetu Towarzystwa, ażeby zaprosić koll. prof. Ciechanowskiego i doc. Łepkowskiego do Komitetu budowy domu Towarzystwa lek. Uchwalono.

III. Na wniosek Komitetu uchwalono odbyć dnia 19 marca posiedzenie, poświęcone sprawie wodociągowej.

IV. Przyjęto w poczet członków Towarzystwa kol. Filipa Eisenberga i Grzegorza Grzybowskiego.

V. Dla ułatwienia przystąpienia do Towarzystwa uchwalono na wniosek Komitetu ewentualny rozkład wpisowego na cztery raty, płatne w pierwszym roku.

VI. Kol. Górski okazuje i objaśnia przyrząd Zawadzkiego, służący do aspiracyi i do infuzyi.

W dyskusyi kol. prof. Rosner wyraża obawę co do używania przyrządu tego do infuzyi do naczyń krwionośnych z powodu znacznego ciśnienia i braku manometru, albowiem może się tu dostać powietrze. Kol. Zoll sądzi, że możnaby przyrządu tego użyć do przepłókiwań żołądka. Kol. Górski sądzi, że manometr jest zbyteczny, gdyż można siłę prądu dozować palcem, a bańki powietrza można usunąć przez podniesienie rurki; kol. prof. Rosner jednak temu oponuje, gdyż w ten sposób powietrze usunąć się nie da; kol. prof. Ciechanowski sądzi, że manometr można dodać, a zaciski zrobić od zewnątrz zamiast kulek, umieszczonych wewnątrz rurki.

VII. Kol. Dobrowolski demonstruje preparat, otrzymany przy operacyi ciąży zamacicznej. Preparat pochodzi z chorej, której przebieg choroby śledzono w klinice dwukrotnie. Poraz pierwszy zgłosiła się do kliniki 15/II 1899 r. l. p. k. 94(80) i podała w wywiadach, że zawsze była przedtem zdrową, miesiączkowała zupełnie prawidłowo, nie rodziła, nie roniła, a ostatnią, zupełnie prawidłową regularność miała na 5 miesięcy przed zgłoszeniem się do kliniki. Po ustaniu regularności nie czuła się w ciąży, przed przybyciem do kliniki nie czuła ruchów płodu. Na dzień przed przybyciem do kliniki uczuła nagle gwałtowny ból w dolnej części brzucha, omdlała i stała się nagle ogromnie bladą; wymiotów, mdłości nie miała. Przedmiotowo stwierdzono u osoby wybitnie niedokrewnej prawdopodobne objawy ciąży w sutkach i na sromie, a prócz tego rozlany, ograniczający się opór w brzuchu, sięgający z miednicy małej aż po pępek, mało bolesny, miękki. Wewnętrznie: sklepienie tylne i boczne znaleziono znacznie wypuklone, macicy jako takiej nie udało się wśród istniejących możliwych warunków do badania odnaleźć. Stan chorej nie wymagał natychmiastowej operacyi, wobec czego chorą pozostawiono do dalszej obserwacyi i leczenia zachowawczego. Rozpoznanie brzmiało: Krwistek pozamaciczny na tle ciąży zamacicznej. Po sześciu tygodniach leczenia krwistek ustąpił, a badanie wykazało wtedy obok macicy powiększonej, przesuniętej ku tyłowi i stronie lewej, od przodu i strony prawej guz wielkości główki noworodka o granicach ścisłych, zbity, nierówny. Guz ten uważano za trąbkę rozszerzoną wytworami ciąży pozamacicznej. Chorej zaproponowano wówczas zabieg operacyjny, na który chora się na razie nie zgodziła i opuściła klinikę. Przez dwa lata po opuszczeniu kliniki chora czuła się zupełnie zdrową, poczem wystąpiły bóle w podbrzuszu, podrażnienie otrzewnej, które to objawy ustąpiły po odpowiedniem leczeniu w domu. Na miesiąc przed przybyciem do kliniki wystąpiły u chorej bóle dołem brzucha, dreszcze, gorączka.

Zgłosiła się do kliniki ponownie 27/I 1902 l. p. k. 63 (21); stwierdzono gorączkę o typie gorączki przerywanej, ogólne wyniszczenie, guz w podbrzuszu wielkości główki noworodka, z otoczeniem ściśle pozrastany; od szczytu silne zrosty łączą go z jelitami, tworząc nad guzem jakby dach. Zbitość guza jest dosyć twarda, wyraźnego chełbotania wykazać nie można. Powierzchnia guza nierówna, okazuje liczne przewężenia okrężne. Na podstawie tego badania rozpoznano otok trąbkowy na tle ciąży zamacicznej. Przystąpiono przeto do zabiegu, i z uwagi, że o wyjęciu całkowitem guza ani drogą jamy brzusznej, ani drogą pochwy nie można było myśleć bez uszkodzenia sąsiednich narządów, postanowiono ograniczyć się do nacięcia ropnia drogą pochwy. Dokonano przeto kolpotomii przedniej, guz nakłuto trójgrańcem i wydobyto cuchnącą ropę w średniej ilości, poczem przy pomocy kleszczyków Chrobaka, zrobiono w ścianie guza otwór, drożny wygodnie dla palca. Palec, wprowadzony do wnętrza guza, napotkał w nim prócz miazgi rozpadowej jakieś kości. Ten wynik badania nasunął chwilowo myśl, czy też w danym przypadku nie istnieje zropiały torbiel skórzakowy? Postępowanie zwykłe wyłuszczenia całego domyślanego torbiela było ze względów technicznych bez obrażenia sąsiednich narządów niemożliwem, wobec czego postanowiono treść guza usunąć, a ściany jego wszyć w otwór kolpotomijny. Przy pomocy tępej łyżeczki i kleszczyków polipowych usunięto treść guza, którą stanowiły kości ciała płodu 5-miesięcznego, które obecnie prelegent okazuje. Po wypróżnieniu tych wytworów ciąży zamacicznej, torbę wszyto w otwór kolpotomijny i założono setony.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy i chora po operacyi w 4 tygodnie opuściła klinikę zupełnie uleczona. *(Streszczenie własne).*

Kol. Cercha. Odnośnie do przypadku zejścia ciąży zamacicznej, przedstawionego przez kol. Dobrowolskiego, przychodzi mi na pamięć analogiczny przypadek, spostrzegany przed 13 lub 14 laty w klinice krakowskiej. Mieliśmy do czynienia z guzem, leżącym poza macicą i objawami ropienia tego guza. Rozpoznanie wahało się również między torbielem skórzakowym ropiejącym, a ciążą zamaciczną z ropieniem zawartości worka. Szybko natura wytworzyła sobie drogę na zewnątrz przez tylne sklepienie pochwy i tędy wyszły kostki długie i płaskie płodu. Jamę zatamponowano gazą i przepłókiwano rozczynem kwasu borowego; w ten sposób nastąpiło wyleczenie. Dziś sprawa ciąży zamacicznej, jej rozpoznanie i leczenie stoi daleko jaśniej, zwłaszcza we wczesnym jej okresie, to też należy to cierpienie obecnie do bardzo częstych; i dawniej nie było ono bardzo rzadkiem, tylko rozpoznanie przed katastrofą, czyli przed zejściem, nie było tak dokładnem, albo wcale rozpoznania nie było. Dziś lekarz, nauczony doświadczeniem, pilnie obserwuje i bada chorą i często stawia rozpoznanie wcześnie i radzi albo leczenie radykalne, tak jakby miał przed sobą nowotwór złośliwy, albo przygotowuje się do natychmiastowej chirurgicznej pomocy, jeżeli uważa, że w razie katastrofy, t. j. pęknięcia lub poronienia, leczenie zachowawcze miejsca mieć nie może. Dawniej inaczej bywało. Ciąży zamacicznej we wczesnym okresie nie rozpoznawano tak często i z tą dokładnością. Najczęściej dopiero katastrofa pęknięcia lub poronienia do jamy brzusznej, połączone z znacznym wewnętrznym krwotokiem, wyjaśniały groźne położenie, niestety często już późno, i nawet w takiej chwili jeszcze rozprawiano, czy należy użyć drogi operacyjnej. Co do zajścia ciąży zamacicznej, to tak dawniej, jak dziś zapatrywania są więcej do siebie zbliżone. Leczy się te przypadki, jak długo można, zachowawczo, dziś *residua gravidit. extrauter.*, dawnie *haematocele.* Dziś jednak, gdy krwawienia się ponawiają, postępujemy radykalnie, dawniej zaś dawaliśmy lód i makowiec i to trwało miesiące, czasem i dłużej. Że leczenie zachowawcze daje dobre wyniki, chociaż trwa długo, mogę wnosić z obserwowanych i leczonych przypadków w praktyce kąpielowej. Mam ich 23—25, gdzie cierpienie było niewątpliwie następstwem zejścia ciąży zamacicznej, za czem przemawiały objawy i przebieg choroby, spostrzegane przez doświadczonych lekarzy, a badanie w chwili objęcia chorych i zmiany przedmiotowe za tem cierpieniem przemawiały. Wszystkie chore po odbyciu leczenia opuszczały zakład ze znacznem polepszeniem, kilka nawet już po jednorazowem leczeniu od 8—10 tygodni prawie wyleczone. Że leczenie takie jest żmudne, to prawda, bo n. p. miałem takie chore, które trzy razy rok po roku odbyły leczenie, a jeszcze sprawa nie ustąpiła zupełnie. Z ropieniem guza nie miałem do czynienia, natomiast podrażnienia, zwłaszcza w okresie miesiączkowym, nie należą do rzadkości. Przypadki spostrzegane w Krynicy należały do tych, gdzie zejście ciąży zamacicznej nastąpiło we wczesnym okresie. Przypadek kol. Dobrowolskiego i mój, w których nastąpiło ropienie, należą do tych, gdzie zejście ciąży nastąpiło w tym okresie, gdy płód nie może już uledz

rozpuszczeniu, lecz ulega z czasem innym zmianom wstecznym, jak: mumifikacyi, ropieniu lub osadzaniu się soli nieorganicznych *(litopedion)*. *(Streszczenie własne)*.

VIII. Kol. Rosner przedstawia niezwykły przypadek ciąży zamacicznej. Chodzi tu o pacyentkę, która po kilku latach bezpłodnego małżeństwa zaszła w ciążę. W dwa miesiące po ustaniu miesiączki przebyła jakieś zaburzenia, połączone z bólem w dolnej części brzucha, poczem jednak objawy ciąży trwały dalej, sutki wydzielały klej i brzuch powiększał się znacznie. Z końcem września 1901 r. spodziewała się rozwiązania. Już 17 września ustały jednak ruchy płodu, które dotąd bardzo wyraźnie i boleśnie odczuwała, poczem zaczęły ustępować objawy ciąży, brzuch począł się zmniejszać, sutki zwiędły. Przez trzy przeszło miesiące trwał ten stan i pacyentka nadaremnie oczekiwała porodu dziecka nieżywego, wreszcie z końcem grudnia 1901 r. zgłosiła się do mnie.

Badanie wykazało: Osoba dobrze odżywiona, okazuje w sutkach i na powłokach zmiany podobne, jak u kobiet, które rodziły, sutki mianowicie wiotkie, z których wycisnąć można krople zagęszczonego pokarmu, brzuch zaś miękki, poorany licznemi t. zw. porodowemi bliznami. W brzuchu można było wyczuć dwa guzy, z których jeden naśladował wielkością, położeniem, kształtem i zbitością macicę ciężarną w 6-tym m. ks., drugi leżał powyżej, a więc ponad pępkiem. Ten drugi guz podłużny leżał poprzecznie i nieco ukośnie od strony lewej i góry na dół i na stronę prawą, od śledziony ku kiszce ślepej. Był on dość wązki, bo zaledwie na dłoń szeroki. Ruchomość jednego i drugiego guza była mała, bolesność żadna, zbitość górnego niejednakowa, największa w lewym, górnym końcu. Badanie przez pochwę nie pozwalało na pewno określić, gdzie leży macica i jak jest duża. Rozpoznanie brzmiało: Ciąża zamaciczna z rozwojem płodu w jamie brzusznej po pęknięciu trąbki. Zaraz po przyjęciu chorej wykonałem laparotomię, która potwierdziła w zupełności rozpoznanie. Płód otoczony owadnią, zupełnie już wód pozbawioną, stanowił guz górny. Główka płodu leżała po stronie lewej w górze, nóżki w okolicy kiszki ślepej. Płód zlepiony był silnie z kiszkami tak, że trzeba było milimetr za milimetrem oddzielać go od otoczenia. Przy preparowaniu tem zaszła potrzeba odcięcia wyrostka robaczkowego, które wykonano w zwykły sposób. Pępowina prowadziła od płodu do guza, leżącego niżej, który naśladował macicę, był jednak powiększoną lewą trąbką zawierającą łożysko. Pępowina wchodziła do tego guza przez otwór, powstały po przerwaniu trąbki. Guz usunięto w zwykły sposób razem z łożyskiem. Macica mała leżała w przodozgięciu. Przebieg pooperacyjny zgoła niczem niezakłócony. Chora po 17 dniach opuściła zakład. Następuje demonstracya płodu i guza trąbkowego.

W dyskusyi kol. Dobrowolski przytacza podobne przypadki z kliniki położniczej krakowskiej, a kol. Cercha zwraca uwagę na ciekawy przebieg ciąży w opisanym przypadku.

IX. Kol. Dr. Piotrowski przedstawił trzy przypadki rzadkich przeszkód porodowych ze strony miękiego przewodu rodnego. Przypadek pierwszy dotyczył pierwiastki z całkowitem zarośnięciem wejścia do pochwy *(atresia hymenalis)*, w której to przegrodzie znajdowały się dwa maleńkie otworki, drożne dla cienkiego zgłębnika, przez które odpływała krew miesiączkowa i którędy nastąpiło zapłodnienie. Prócz przegrody tej znajdowała się w pochwie przegroda druga, znacznie cieńsza, która miała mały otworek w środku. Zdaniem kol. Piotrowskiego przegroda druga musiała być całkowitą, a przedarła się dopiero pod naciskiem zatrzymanej krwi miesiączkowej, wywiady bowiem zapatrywanie to potwierdzają, gdyż na pół roku przed pojawieniem się miesiączki miała silne bóle dołem, w chwili zaś pojawienia się miesiączki uczuła, jak jej coś w dole pękło, poczem odpłynęła krew barwy czekoladowej.

W przypadku drugim przegroda znajdowała się w $^2/_3$ wysokości pochwy, była nabyta po owrzodzeniach, powstałych w pochwie przy ostatnim porodzie. Bliznowate to zwężenie przy badaniu przedstawiało się jako przegroda cienka i łatwo ciągliwa, zdawało się więc, że przy porodzie się rozciągnie; tymczasem zwężenie to pękło pod naciskiem główki, powstał krwiak sromu i tak znaczna utrata krwi, że poród musiano ukończyć przez wymóżdżenie. Kleszcze założyć się przez zwężenie pochwy nie dały, wygniecenie zaś sprowadzało jeszcze większą utratę krwi i wzrost krwiaka.

W przypadku trzecim przeszkoda porodowa była w przewodzie szyjki, gdzie znajdował się guz wielkości pięści, zamykający w całości przewód; po wyjęciu guza pokazało się iż był to włókniako-mięśniak. Przez uzyskany po wyjęciu guza otwór wprowadzono rękę do jamy macicy, wykonano obrót dziecka i urodzono płód żywy. Przypadek ten, bardzo ciekawy ze względu na zachowanie się macicy i dalszy przebieg, zastrzegł sobie kolega Piotrowski do demonstracyi na później. *(Streszczenie własne)*.

W dyskusyi kol. Cercha zapytuje, jaki był wynik badania przy wypisaniu chorej ze szpitala i zaznacza, że zwężenie w dwóch przypadkach było następowe, nabyte. Kol. prof. Rosner, opierając się na badaniach Nagel Feitha sądzi, że niema wielkiej różnicy między zwężeniem wrodzonem a nabytem, z wyjątkiem jeżeli części rodne są zdwojone.

Po odpowiedzi kol. Piotrowskiego posiedzenie zamknięto.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 5 marca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki zagaja zebranie i wita w serdecznych słowach zebranych nauczycieli i nauczycielki; zainteresowanie się tych sfer odczytami z zakresu higieny jest najlepszym dowodem potrzeby tych odczytów.

I. Kol. prof. Bujwid mówił: »O zadaniach higieny szkolnej« (Rzecz przeznaczona do druku).

II. Kol. Jan Landau wygłosił odczyt p. t.: »Szkoła a choroby zakaźne«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 9 marca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

Kol. Eugeniusz Piasecki (ze Lwowa jako gość) wygłosił odczyt p. t. »Współczesna gimnastyka wobec fizyologii i higieny« (z demonstracyą ćwiczeń). (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lek.«)

W dyskusyi zabierali głos: koll. Dr. Landau, Dr. Rowiński, kol. prof. Klecki i prelegent.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 12 marca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak.

Kol. Bier mówił: »O zadaniach lekarza szkolnego«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos kol. Dr. Kwaśnicki i P. Drozdowski.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 16 marca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak.

Kol. prof. Wicherkiewicz wygłosił odczyt p. t: »Wpływ szkoły na rozwój chorób ocznych.« (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos: koll. Dr. Majewski, Dr. Landau Jan. i P. Drozdowski.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie zmiany ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach.

(Uchwała galicyjskiej krajowej Rady zdrowia według referatu Dra Józefa Merunowicza).

(Ciąg dalszy).

C. k. kraj. Rada zdrowia sądzi, iż w tem, co wyżej powiedziano, należycie udowodniono korzyści organizacyi gminnej służby zdrowia w innych krajach, wykazano, że i u nas, mimo bardzo niedostatecznej liczby lekarzy gminnych i okręgowych, już teraz widoczne są dobroczynne skutki tej instytucyi, pozostaje więc tylko wykazać, w czem leży przyczyna, że w kraju naszym organizacya ta tak powoli postępuje, a dalej należy się zastanowić, jakich środków należy użyć, ażeby osiągnąć cel zamierzony.

Lekarze okręgowi w Galicyi niezadowoleni z swego zakresu działania, z niedostatecznego dotychczas rozwoju ich działalności i ze swego położenia finansowego, zebrali się w dniu 10 listopada 1900 r. we Lwowie i po przeprowadzeniu obszernej dyskusyi upoważnili komitet z trzech do opracowania na podstawie powziętych uchwał projektu zmiany ustawy z d. 2 lutego 1891 (dz. u. i rozp. kraj. l. 17). Komitet ten składający się z lekarzy okręgowych doktorów: Wiktora Nattera, Juliana Ustrzyckiego i Józefa Bednarskiego wywiązał się ze swego zadania i w grudniu roku 1900 wniósł do wydziału krajowego umotywowany projekt zmiany ustawy wspomnianej, a w marcu r. 1901 dodatkową zmianę do §§. 11 i 10 ustawy.

Projekt ten lekarzy okręgowych, przesłany c. k. namiestnictwu przez wydział krajowy, można w ogólnych zarysach streścić w następujący sposób:

1. Lekarzy okręgowych mianuje wydział krajowy z pośród terna, przedstawionego przez wydział powiatowy.

2. Po jednorocznej nienagannej działalności lekarza okręgowego zostaje on już na mocy ustawy samej stabilizowany na tej posadzie, chyba że będzie pisemnie uwiadomiony, dla jakich powodów nie może być stabilizowany.

3. Pobory lekarzy okręgowych mają być tak uregulowane, że część lekarzy pobiera 1000 kor., drudzy 1200, reszta 1400 kor., wszyscy pobierają dodatek aktywalny po 200 kor. rocznie, a nadto cztery pięciolecia po 200 koron.

4. Wszelkie pobory lekarzy okręgowych mają być wypłacane z funduszu krajowego.

5. Po 25-ciu latach służby zyskuje lekarz okręgowy prawo do emerytury według normy dla urzędników krajowych, wdowa zaś i sieroty mają prawo do pensyi już po 5-ciu latach stałej służby lekarza okręgowego.

6. Na pokrycie kosztów podróży urzędowych pobiera lekarz okręgowy ryczałt, jednak niemniej jak 600 kor. rocznie, a nadto pobiera dyety i kilometrowe za niesienie pierwszej pomocy przy wybuchu choroby zakaźnej, przy oględzinach zwłok w wątpliwych razach co do przyczyny śmierci i przy niesieniu pomocy w nagłych wypadkach.

7. Prawo dyscyplinarne nad lekarzami okręgowymi wykonuje komisya, składająca się z marszałka powiatu, c. k. starosty i c. k. lekarza powiatowego.

8. Każdy lekarz okręgowy ma prawo żądać w roku 14 dni urlopu, a zastępca jego pobiera z funduszu krajowego wynagrodzenie w stosunku do poborów lekarza stałego.

9. Przy obsadzeniu w drodze konkursu posad opróżnionych pierwszeństwo mają lekarze okręgowi już w służbie stałej będący, a po otrzymaniu tej posady nie tracą oni poprzednio nabytego prawa stabilizacyi.

10. Obowiązkowe objazdy okręgu mają się odbywać tylko dwa razy do roku.

11. W każdym powiecie ma być ustanowiona komisya zdrowotna, do którejby wchodzili wszyscy lekarze okręgowi.

12. Lekarze okręgowi mają każdego roku w jednym okręgu szczepić, jeżeli nie we własnym, to w innym, a do komisyi w sprawach sanitarnych, objętych §§. 3 i 4 ustawy państwowej z 30-go kwietnia 1870 (dz. pp. 68), nie c. k. lekarze powiatowi, lecz lekarze okręgowi mają być wzywani za osobnem wynagrodzeniem od stron, względnie ze skarbu państwa.

W końcu żądają lekarze okręgowi w swej petycyi unormowania opieki nad ubogimi i przyznania tym lekarzom prawa zapisywania lekarstw na koszt funduszów publicznych (t. j. państwa i kraju) ubogim chorym, dotkniętym chorobą zakaźną, chociażby jeszcze nie mieli wezwania ze strony władzy politycznej leczenia tych chorych na koszt publiczny.

Zdaniem c. k. krajowej Rady zdrowia, w projekcie tym lekarze okręgowi zbyt mało zwracają uwagi na możność rozwinięcia swej działalności leczniczej, a głównie starają się o rozszerzenie swych czynności w kierunku wykonywania policyi sanitarnej. A ponieważ na tem polu nie spodziewają się poparcia ze strony wydziałów powiatowych, domagają się zcentralizowania całej instytucyi lekarzy okręgowych w wydziale krajowym, tak dalece, że chcą przyznać wydziałom powiatowym jedynie prawo przedstawienia terna do nominacyi lekarza okręgowego i częściowe prawo wykonywania władzy dyscyplinarnej nad nim przez marszałka w komisyi dyscyplinarnej.

Jeżeli się zważy, że w ostatnich ośmiu latach jedynie za inicyatywą wydziałów powiatowych i głównie z funduszów zebranych staraniem tychże wydziałów wybudowano nowe budynki szpitalne dla już istniejących szpitali w Tarnopolu, Sokalu i Śniatynie (razem na 210 łóżek), że utworzono nowe szpitale i wybudowano dla nich nowe budynki w powiatach cieszanowskim, przemyślańskim, husiatyńskim, gorlickim, kałuskim, dolińskim, krośnieńskim, skałackim, turczańskim tak, iż przeszło 600.000 kor. w ośmiu latach wydano na budowę szpitali, że się nadto zebrało staraniem wydziałów powiatowych dość już znaczne fundusze na budowę szpitali w Bóbrce, Kosowie, Starym Samborze, Trembowli i w. i., trudno wydziałom powiatowym zaprzeczyć należytego zrozumienia potrzeb sanitarnych ludności. Odebranie więc tym wydziałom wpływu na rozwój gminnej służby zdrowia byłoby zdaniem kraj. Rady zdrowia wielkim błędem. Przeciwnie, należy pójść za tą wskazówką, w jaki sposób wydziały powiatowe chcą ułatwić ludności swych powiatów zasięganie pomocy lekarskiej i poczynić takie urządzenia sanitarne, aby nietylko w szpitalach ludność mogła o ile możności jak najłatwiej, najtaniej i jak najlepiej otrzymać pomoc lekarską.

Lekarz dzisiejszy nie może wozić ze sobą przyborów do badania ginekologicznego, okulistycznego, odczynników chemicznych, wzierników, narzędzi chirurgicznych, środków opatrunkowych, a gdyby nawet miał to wszystko przy sobie, bardzo często w mieszkaniu chorego brak najniezbędniejszych warunków badania, leczenia lub opatrunku. Kończy się więc najczęściej na przepisaniu recepty, której bardzo często nasz wieśniak do apteki nie zaniesie, a jeżeli przyniosą mu lekarstwo na koszt funduszów publicznych do domu, można często przy następnej wizycie zobaczyć lekarstwo nietknięte.

Dlatego każdy lekarz gminny i okręgowy powinien mieć kosztem gminy lub powiatu urządzony lokal ordynacyjny, opatrzony w niezbędne przyrządy do badania chorych, do leczenia i opatrywania ran według zasad nowoczesnej nauki. W takiem ambulatoryum będzie lekarzowi nierównie łatwiej nieść pomoc większej ilości chorych, ale nawet w wielu razach **tylko w takim lokalu** niesienie pomocy lekarskiej będzie jedynie możliwem. Gdyby nie wiedzieć, jak często odwiedzał on gminy swego okręgu, to straci bardzo wiele czasu i sił na podróże, a przecież będzie mógł co najwięcej odwiedzić w jednym dniu dwie lub trzy gminy, podczas gdy inne gminy z jego pomocy nie będą mogły korzystać. Jeżeli zaś będzie wiadomo, że codziennie jest on o pewnych stałych godzinach w lokalu ambulatoryjnym, wtedy mogą wszyscy chorzy z chorobami chronicznemi z całego okręgu codziennie być u lekarza. Do wyjazdu do chorych gorączkowych i nie możliwych do transportu pozostanie lekarzowi jeszcze dość czasu w ciągu dnia.

Niezbędną jest jednak rzeczą, aby w naszym kraju, podobnie jak we wszystkich innych, została uregulowaną w drodze ustawowej opieka nad ubogimi, ażeby było postanowionem, kogo za ubogiego uważać i do jakich świadczeń obowiązane jest dla takich ubogich społeczeństwo, względnie gmina, powiat lub kraj. W dzisiejszych stosunkach najlepsze chęci lekarza gminnego i okręgowego rozbijają się o ten brak opieki nad ubogimi.

Podróże urzędowe lekarza okręgowego powinny ograniczyć się do dwóch odwiedzin w roku każdej gminy swego okręgu i na ten cel powinien on pobierać ryczałt, łatwo obliczyć się dający dla każdego okręgu. Wszystkie inne podróże na wezwanie gmin lub obszarów dworskich powinny być osobno płatne w sposób, który powinno oznaczyć rozporządzenie wykonawcze do krajowej ustawy sanitarnej.

Krajowa Rada zdrowia sądzi, że pierwsze urządzenie lokalu ambulatoryjnego dla lekarza gminnego lub okręgowego nie powinno kosztować więcej nad 400 koron, a koszta dalszego utrzymania jego będą zależały od tego, czy gmina lub powiat posiada odpowiedni lokal własny. A ponieważ już na zasadzie §. 18 obecnie obowiązującej ustawy gminy, utrzymujące własnych lekarzy, są obowiązane utrzymywać lokale na pomieszczenie chorych bez przytułku, można niewielkim kosztem przez rozszerzenie tych lokali utworzyć ambulatorya dla chorych przychodzących. Bądź co bądź wydatek będzie nieznaczny, a korzyść dla chorych ogromna, i nie można wątpić, że wydziały powiatowe, tak jak chętnie budują szpitale, tem chętniej urządzą lokale ambulatoryjne. Wobec zakorzenionego u naszego ludu wstrętu do leczenia szpitalnego, leczenie ambulatoryjne znajdzie u ludu zaufanie i chętne poparcie pieniężne w wydziale powiatowym także przez członków włościańskich.

Dlatego też kraj. Rada zdrowia nie może przychylić się do wniosku lekarzy okręgowych, aby odjąć wydziałom powiatowym wpływ na instytucyę lekarzy okręgowych i podporządkować ją całkowicie pod wydział krajowy. Na to trudniej się tembardziej zgodzić, — o czem lekarze okręgowi w swym projekcie zapomnieli, — że przecież na zasadzie tej samej ustawy istnieje obecnie w kraju 76 lekarzy gminnych, którzy podlegają wyłącznie naczelnikom gmin i którzy nie żądają zmiany w tym kierunku: gdyby stosunek ten został zmieniony wbrew obopólnemu życzeniu, w takim razie mogłaby nawet ucierpieć tylko rzecz sama.

Jesteśmy z całem uznaniem dla działalności wydziału krajowego około rozwoju krajowych zakładów leczniczych, ale każdy przyzna, że gdyby to zależało wyłącznie od wydziału krajowego, nie byłoby powstało w ośmiu ostatnich latach dwanaście szpitali prowincyonalnych, nadto jeden gminny (w Jarosławiu kosztem 300.000). Gminy i powiaty znają i czują najlepiej swe potrzeby sanitarne i im łatwiej na zaspokojenie tych miejscowych potrzeb zbierać dobrowolne datki i ofiary.

Wydziałowi krajowemu pozostaje prawo zatwierdzania nominacyi tych lekarzy, do których płacy potrzebną jest subwencya z funduszu krajowego, stosownie do postanowień obowiązującej krajowej ustawy sanitarnej.

Ażeby zaś te nieliczne wydziały powiatowe, które mimo dziesięcioletniego okresu nic dotychczas nie zdziałały dla organizacyi gminnej służby zdrowia, zniewolić do działania, należałoby w ustawie oznaczyć jakiś termin, po którego upływie wydział krajowy w porozumieniu z c. k. namiestnictwem będzie miał prawo ustanowić okręg sanitarny, rozpisać konkurs i na koszt funduszu powiatowego zamianować lekarza okręgowego. Takie postanowienie znajdujemy w ustawie normującej gminną służbę sanitarną w Austryi Górnej, że jeżeli reprezentacya gminna nie zamianuje lekarza w terminie oznaczonym przez wydział krajowy w porozumieniu z c. k. namiestnictwem. w takim razie obie te władze w porozumieniu mianują lekarza gminnego, względnie okręgowego. W ustawie styryjskiej (§§. 11 i 12) znajduje się postanowienie, że jeżeli d o r o k u od wezwania wydziału krajowego gmina ani sama dla siebie, ani wspólnie z innemi gminami nie ustanowi lekarza, w takim razie wydział krajowy wraz z namiestnictwem postanawiają, w jaki sposób ma być w tej gminie urządzoną gminna służba zdrowia.

Z całym naciskiem zaznaczyć należy, że w żadnej ustawie o urządzeniu gminnej służby zdrowia w krajach koronnych, reprezentowanych w austr. Radzie państwa, niema — z jedynym wyjątkiem Galicyi — postanowienia, że tworzenie okręgów sanitarnych postępować będzie stopniowo, w miarę rozporządzalnych sił lekarskich i z uwzględnieniem sił finansowych powiatów i kraju, że Sejm krajowy uchwali na wniosek wydziału krajowego, uczyniony w porozumieniu z c. k. namiestnictwem, ile okręgów sanitarnych ma być utworzonych w następnym roku, i że pomnożenie liczby okręgów zależy od dalszych uchwał Sejmu (§. 4 ustawy naszej). W ciągu lat dziesięciu zostało utworzonych 128 okręgów, niespełna 13 przeciętnie w roku, podczas gdy we wszystkich innych krajach koronnych, w których tylko organizacya została wprowadzoną, dokonano jej odrazu; rozumie się obsadzono posady w miarę rozporządzalnych sił lekarskich, tak np. w Styryi z 309 okręgów sanitarnych w roku 1896 jeszcze ⅓ część, t. j. 104 nie było obsadzonych, w Austryi Dolnej 27 na 463, w Austryi Górnej 18 na 246.

Dlatego byłoby i u nas bardzo pożądanem, aby nie oglądano się zbyt trwożliwie na siły finansowe kraju, gdy chodzi o wydatek na lekarzy okręgowych, bo nasuwa się pytanie, czy może właśnie dlatego jesteśmy tak biedni, że nie dbamy o zdrowie, że wolimy ponosić bardzo znaczne koszta pogrzebów, niż koszta organizacyi służby zdrowia w gminach. Wyżej wykazaliśmy liczbami, jak daleco zmniejszyła się śmiertelność w Galicyi w stosunku do ludności w ostatniem 10-leciu (1890—1900), t. j. iż spadła z 32·7‰ do 27·59‰. Tu podajemy, że gdyby w roku 1900 była taka sama śmiertelność, jak w roku 1890, t. j. 32·7‰, umarłoby 238.546 osób, ponieważ zaś umarło tylko 201.310, więc o 37.236 mniej tak, iż w c i ą g u j e d n e g o r o k u przez zmniejszenie się śmiertelności kraj miał o 37.236 mniej pogrzebów. (Dokończenie nastąpi).

Kilka uwag nad okólnikiem c. k. Namiestnictwa, odnoszącym się do sprawy tłumienia chorób kiłowych w powiatach nadworniańskim i kosowskim.

W przedostatnim numerze „Przeglądu lekarskiego“ przeczytałem okólnik c. k. Namiestnictwa do lekarzy, w sprawie tłumienia chorób „syfilitycznych“ w powiatach kosowskim i nadworniańskim. Sprawę nizkiego wynagrodzenia lekarzy Szanowna Redakcya już w dopisku napiętnowała, dlatego rozwodzić się nad nią nie będę; ze swej strony dodam tylko, że wątpię bardzo, czy znajdą się „desperaci“, którzyby za tak mizerną płacę zechcieli pełnić tak trudne i odpowiedzialne zadanie.

Pragnę zastanowić się nad pytaniem, czy sposoby, podane w okólniku do zwalczania rozpowszechnionej na obszarze dwóch powiatów kiły, wogóle do celu doprowadzić mogą.

Osobiście okolicy tej nie znam, a tem samem i stopnia oświaty ludności tam mieszkającej; z tego jednak, że choroby weneryczne szerzą się tam gwałtownie i trwają od dłuższego czasu, wnosićby należało, że to lud biedny, ciemny, zaniedbany umysłowo i moralnie, i chyba wyjątkowo szukający porady lekarskiej. Zaznaczam to wyraźnie, gdyż w dalszym ciągu moich wywodów będzie to potrzebne.

Niewiem, kto układał okólnik, sądzę jednak, że napewno nie byłto syfilidolog. Ażeby leczyć ze skutkiem ludność, dotkniętą epidemicznie chorobami wenerycznemi, a zdrowych dotychczas uchronić od zakażenia, n a t o p o t r z e b a p r z e d e w s z y s t k i e m o d o s o b n i ć c h o r y c h o d z d r o w y c h, i l e c z y ć t y c h c h o r y c h w u r z ą d z o n y c h n a t e n c e l s z p i t a l a c h l u b o d d z i a ł a c h d l a c h o r ó b w e n e r y c z n y c h. Do zbadania rozmiaru epidemii i oddzielenia chorych należy wydelegować Komisyę, w skład której powinien koniecznie wchodzić doświadczony specyalista, a po dokonaniu tej czynności należy zarządzić skierowanie chorych jak najprędzej do oddziałów wenerycznych, na ten cel urządzonych. Nie znam warunków miejscowych i dlatego nie będę się zastanawiać nad tem, ile takich szpitali i gdzie urządzićby należało; to tylko wiem, że za pieniądze takie rzeczy zrobić się zawsze dadzą, a pieniędzy tych szczędzić nie należy, jeśli mamy rzeczywistą pomoc przynieść ludności tych powiatów. Nigdzie nie wspomniano w okólniku o jakimkolwiek szpitalu, a natomiast czyta się ciągle o objazdach peryodycznych o bezpłatnem leczeniu chorych „syfilitycznych“ w miejscu siedziby i td., zupełnie tak, jakby obmyślano plan wielkiej kampanii, a nie zaopatrzono wojska w najniezbędniejszą broń i inne warunki skutecznej walki. Dlaczego uważam leczenie chorych wenerycznych w szpitalu za *conditio sine qua non* stłumienia chorób wenerycznych, domyśleć się łatwo, a zapatrywanie moje potwierdzi każdy lekarz, zajęty jakiś czas w oddziale chorób wenerycznych lub w klinice. W krakowskim powiecie, gdzie tak wyrobnicy, jak i wieśniacy pod względem poziomu umysłowego stoją niewątpliwie znacznie wyżej, niż ludność wspomnianych powiatów, nie leczy się chorób wenerycznych, a w szczególności kiły, ambulatoryjnie, a tylko w szpitalu, względnie w klinice, a to z dwóch względów: r a z, a b y c h o r ó b t y c h n i e u d z i e l a l i z a r a ż e n i o t o c z e n i u, a p o w t ó r e, ż e n i e m a s i ę n a j m n i e j s z e j r ę k o j m i, ż e l e c z e n i e t a k i e c h o r y w d o m u p r z e p r o w a d z i n a l e ż y c i e i w c e l u k o n t r o l i b ę d z i e s i ę z g ł a s z a ł w d n i a c h o z n a c z o n y c h. Wiemy, że rtęć w leczeniu kiły jest mieczem obosiecznym, że czasem po wtarciu małej ilości szaruchy występują groźne objawy zatrucia, które chory nieinteligentny uważa za objawy kiły i wciera maść dalej, pogarszając swój stan. Znane są nawet przypadki zejścia śmiertelnego. Czy chorzy we wspomnianych powiatach będą mogli u siebie w domu przeprowadzić z korzyścią leczenie wcieraniami, czy będą starali się o utrzymanie czystości jamy ustnej, czy będą ciemne i brudne mieszkania przewietrzać, czy będą się należycie odżywiać przy leczeniu rtęcią i zkąd wezmą środków na to dobre odżywienie ci biedacy? Pytania te zostawiam bez odpowiedzi, bo tylko jedna być może.

Pozostają jeszcze wstrzykiwania podskórne i głębokie przetworów rtęciowych. Pominąwszy, że przy tem leczeniu należy również zachowywać wspomniane przepisy, a nadto ze strony lekarza trzeba pewnej technicznej wprawy, aby nie wywołać u chorych ropni po wstrzyknięciu, nie odważyłbym się ludu wiejskiego leczyć tym sposobem. Rozejdzie się zaraz wieść, że chorych „kłują“, że im wstrzykują pod skórę „truciznę“ i lwia część w ten sposób leczonych, podczas objazdów lekarza ukryje się, a druga odważniejsza stawiać będzie opór lekarzowi, a opór ten, jak doświadczenie podczas innych epidemij uczy, nie zawsze będzie bierny: leczenie zaś pod grozą bagneta i powagą pikelhauby pożytku nie przyniesie, a spowoduje tylko rozgoryczenie ludu do władzy. Podczas tłumienia cholery mieliśmy liczne tego przykłady.

Jedynie niektóre przypadki kiły trzeciorzędnej późnej możnaby leczyć ambulatoryjnie i to te, gdzie wystarcza leczenie przetworami jodowymi. Nadto, jak wiemy, jad tych zmian późnych nie przedstawia dla otoczenia niebezpieczeństwa przenoszenia choroby.

Spodziewać się należy, że prócz kiły i przypadki rzeżączki będą tam dość liczne: wiadomo, że choroby weneryczne, jeśli gdzie grasują, to wszystkie razem. Czy chorzy na rzeżączkę potrafią na własną rękę w domu robić wstrzykiwania, zachować przepisy dyetetyczne, a w danym razie położyć się do łóżka, gdy przyjdą powikłania choroby?

Pozostaje więc tylko leczenie w szpitalach. Jak te szpitale urządzić, to jest rzeczą władzy i zaproszonych do narady specyalistów; należy dać ludowi to, co mu się należy i nie żałować przytem pieniędzy. Na lekarzy takich szpitali nie potrzeba zdaniem mojem koniecznie specyalistów: wystarczy jeden specyalista na powiat, który będzie objeżdżać i zwiedzać szpitale, ordynować leczenie i kontrolować przebieg choroby. Drugi specyalista, jeśliby tamten był pracą przeciążony, powinien od czasu do czasu ze specyalną komisyą objeżdżać gminy i badać ludzi, uznanych przy poprzednim

objeździe za zdrowych, już choćby z tego względu, że okres utajenia kiły trwa dosyć długo, że zmiany ogólne dają dość długo na siebie czekać.

Ale też działalność lekarzy i leczenie w szpitalach powinny się rozciągnąć na kilka lat, jeśli mamy plon zebrać z pracy. Należałoby sporządzić dokładny spis chorych, zakażonych kiłą, a po pierwszem leczeniu szpitalnem peryodycznie ich badać i w razie nawrotu choroby poddać ich znowu leczeniu szpitalnemu.

Gdyby się na razie nie dało ze względów technicznych stworzyć szpitali dla wenerycznych we wspomnianych powiatach, lub gdyby do urządzenia ich trzeba dużo czasu, to najprostszem byłoby skierowanie tych chorych do szpitali krajowych, gdzie już łatwiej w istniejącym budynku szpitalnym oddział taki utworzyć, czy rozszerzyć; transport chorych będzie kosztować o wiele mniej, niż objazdy lekarskie w owych gminach, a co najważniejsza, że tego rodzaju poważne wzięcie się przyniesie korzyść chorym.

Uwagami memi chciałbym zwrócić uwagę nie tylko lekarzy, ale i władzy, by pieniędzy nie trwoniono tam, gdzie z góry przewidzieć można, że akcya podjęta przez władze w sposób podany w okólniku na nic się nie przyda. *Dr. Żydłowicz.*

W sprawie nowego rozporządzenia c. k. Namiestnictwa przy szczepieniu ospy.

Dnia 20 marca b. r. wysłało Towarzystwo samopomocy lekarzy następujące pismo do c. k. Namiestnictwa we Lwowie:

„C. k. Namiestnictwo we Lwowie poleciło lekarzom galicyjskim reskryptem z dnia 21 stycznia 1902 L. 141863, aby już w bieżącym roku przeprowadzili szczepienie ospy przy ścisłem przestrzeganiu zasad aseptyki, podanych przez Paulego, dodając że „rozumie się samo przez się, iż wydatki na narzędzia i przybory do postępowania tego potrzebne ponieść mają z własnych funduszów“, oraz żądając, aby reflektujący na szczepienie przedłożyli pisemne oświadczenie, że zastosują się do wymaganych warunków.

Wobec tego zwróciło się wielu członków Towarzystwa samopomocy lekarzy do Wydziału z prośbą o przedstawienie Wysokiemu c. k. Namiestnictwu, że zastosowanie się na koszt własny do tego słusznego w zasadzie rozporządzenia, obciąża w wysokim stopniu lekarzy, którzy przy dzisiejszem zbyt małem wynagrodzeniu za szczepienie nie byliby po prostu w stanie temu podołać.

Czyniąc zadość życzeniom tym w myśl obowiązków, nałożonych na nas przez § 3 statutu Towarzystwa, ośmiela się Wydział Tow. samopom. lek. przedłożyć w imieniu swych 400 galicyjskich członków następującą prośbę Wysokiemu c. k. Namiestnictwu:

1. Aby podobnie, jak krowianki, dostarczano lekarzom szczepiącym eteru siarczanego i opatrunków, jakich wymaga reskrypt.

2. Aby dostarczono im jednorazowo aparatów, zestawionych według Paulego, które przy masowem zamówieniu w fabryce krajowej wypadłyby taniej, niż sprowadzane pojedynczo od Odelgi w Wiedniu.

3. Aby uwzględniając, że zmienione w ten sposób postępowanie przy szczepieniu wymagać musi więcej czasu, większej staranności, a nawet w wielu razach odpowiedniej asysty, podwyższono lekarzom dotychczasowe zbyt niskie wynagrodzenie za szczepienie.

4. Aby zwolniono lekarzy od obowiązkowego przedkładania ścisłego chronologicznego planu szczepienia w poszczególnych miejscowościach“.

Kraków, dnia 20 marca 1902 r.

Dr. Adam Langie m. p. Sekretarz Towarzystwa

Prof. Dr. H. Jordan m. p. Prezes Towarzystwa.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27 marca.

* Towarzystwo lek. krakowskie odbyło d. 19 b. m posiedzenie zwyczajne, na którem zapadła doniosła uchwała rozpoczęcia druku »Słownika lekarskiego«. Tow. lekarskie położyło raz jeszcze nacisk, ażeby Komisya terminologiczna w sprawach wątpliwych i zasadniczych oparła się na opinii Akademii Umiejętności. Druk »Słownika« w 1500 egzemplarzach rozpocznie się zaraz po Świętach wielkanocnych.

Następnie uchwaliło Towarz. lekar. poprzeć u rządu i u Koła polskiego projekt »Towarz. samopom. lekarzy«, zmierzający do przymusowego ubezpieczenia lekarzy.

Posiedzenie zakończył odczyt kol. prof. Bujwida p. t.: »Woda i wodociągi krakowskie«. Ożywiona, ściśle naukowa dyskusya, wyjaśniająca wszystkie zarzuty higieniczne i techniczne, nie powinna zostawić w umysłach członków zgromadzenia najmniejszej wątpliwości co do wielkiego znaczenia wodociągów krakowskich dla zdrowia mieszkańców naszego miasta.

* (R) Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło d. 14 b m. wspólnie z Tow. pedagogicznem, higienicznem, Tow. nauczycieli szkół wyższych i Tow »Sokół« posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Piasecki wygłosił odczyt: »O reformie wychowania fizycznego«.

Na posiedzeniu zwyczajnem dnia 21 b. m. kol. prof. dr. Beck demonstrował przyrząd projekcyjny w zastosowaniu do fizyologii.

* Niektóre wiedeńskie czasopisma lekarskie wypowiedziały już swoje zdanie o projekcie przymusowego ubezpieczenia lekarzy w Austryi, wniesionym do rządu i do parlamentu przez krakowskie Towarzystwo samopomocy lekarzy: »Allgemeine Wiener Medic. Zeitung« pisze: »petycya krak. Tow. samopomocy lekarzy zasługuje na to, ażeby była najdojrzalej i najpoważniej rozważoną przez władzę, a wszystkim Izbom lekarskim rakuskim przypada naglący obowiązek poparcia jej«. Redakcya »Medicinisch-chirurgisches Zentralblatt« oświadcza: »witamy jak najżywiej tę inicyatywę krak. Towarz. samopomocy lekarzy i mamy nadzieję, że wszystkie Izby lekarskie monarchii do niej się przyłączą«.

* Kursa farmakognozyi wraz z toksykologią, chemii, medycyny sądowej i higieny dla pp. kandydatów do egzaminu rządowego w terminie wiosennym b. r. rozpoczną się d. 4 kwietnia.

* Starostwo krakowskie uprasza pp. lekarzy, ażeby o przypadkach chorób zakaźnych w powiecie nie donosili do magistratu m. Krakowa, lecz wprost do starostwa, a to głównie w celu zyskania na czasie.

* Lekarze powiatowi: Dr. Wład. Czyżewicz i Dr. Miecz. Marynowski mianowani starszymi lekarzami powiatowymi.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich otrzymali 1) w Uniw. Jagiellońskim: Józef Wachowicz, Aron Silberman i Saul Turnheim. 2) w Uniw lwowskim: Maryan Gąsiorowski, Paweł Skrowaczewski, Kazimierz Orzechowski, Juliusz Hupert, Aleksander Zawadzki i Adam Greliński.

* Na rzecz »Towarz. samopomocy lekarzy« złożył kol. Steinberg 20 koron, jako nieprzyjęte honoraryum od kolegi-lekarza.

* Byli asystenci śp. M. Nenckiego: Dr Dzierzgowski i mag. weterynaryi Wyżnikiewicz mianowani zostali: pierwszy zarządzającym oddziałem higieny w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu, drugi — kierownikiem oddziału badań nad dżumą w forcie Aleksandra II-go w Kronsztacie.

* Ministeryum oświaty wystosowało do wszystkich krajowych władz szkolnych rozporządzenie, polecające ciału nauczycielskiemu szkół ludowych, aby przy każdej nadarzającej się sposobności pouczało młodzież o szkodliwości dla zdrowia używania wyskoku. Jednocześnie zarządzono kroki celem ułożenia w tej sprawie broszury, przeznaczonej dla młodzieży.

* W ciągu jesieni tegorocznej odbędą się w Brukseli dwa Zjazdy doniosłego znaczenia, mianowicie: w sierpniu odbędzie się międzynarodowy Zjazd »dla polepszenia losu ociemniałych«, w szczególności zaś roztrząsane będą pytania, tyczące się przyczyn ślepoty i ich zwalczania, dalej — sposobu uczenia i wogóle kształcenia ociemniałych wreszcie — pytania co do wyboru najodpowiedniejszego dla nich sposobu zarobkowania. Drugi Zjazd odbędzie się od 1 do 6 września i dotyczyć będzie doniosłej sprawy zapobiegania chorobom kiłowym i wenerycznym.

* Zjazd południowo-niemieckich laryngologów odbędzie się w Heidelbergu d. 19 maja b. r.

* IV-ty międzynarodowy Kongres ginekologiczny i położniczy odbędzie się w Rzymie od 15 do 21 b. r. pod przewodnictwem Pasquali i Pestalozzi.

* Powszechnie zwrócono uwagę, że podczas Międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Paryżu Komitet gospodarczy w przyjęciach członków Zjazdu był nadzwyczaj wstrzemięźliwy. Nic też dziwnego, że ma, dziś kłopot z nadwyżką, która po spłaceniu wszystkich wydatków wynosi okrągłe 40.000 franków. Narazie postanowiono z odsetków od tej sumy przeznaczać co 3 lata po 3.000 fr. każdemu z następnych Zjazdów międzynarodowych, na cel, który później się będzie oznaczać.

* Rosyjskie czasopisma lekarskie zawierają ogłoszenia »rosyjskiego instytutu dla konsultacyj lekarskich w Berlinie« o mających nastąpić w letniem półroczu b. r. bezpłatnych odczytach w tymże instytucie wyłącznie dla lekarzy rosyjskich. Prelegentami mają być najpierwsze

powagi berlińskiego uniwersytetu, mianowicie: Boas, Bagiński Landau, Lassar, Ewald, Leyden, Eulenburg, Mendel, Bergmann i Posner. Jeden z czytelników rosyjskich wiedeńskiej »Klinisch-Therapeutische Wochenschrift« wzywa redakcyę tego tygodnika do wypowiedzenia swego zdania ze stanowiska etycznego o tych kursach dla lekarzy rosyjskich. Redakcya zwróciła się do wszystkich wymienionych profesorów z prośbą o udzielenie wyjaśnień w tej sprawie. Że wszystkich zapytanych odpowiedział tylko jeden, a z jego listu wynika, że ogłoszenia w rosyjskich dziennikach nastąpiły z ich wiedzą i wolą.

Redakcya »Klin.-Therap. Wochenschrift« Nr. 11 czyni uwagę, że jest to rzecz poniżająca dla całego stanu lekarskiego, ażeby tak wybitne powagi zarządzały odczyty w instytucie bez wszelkiego znaczenia naukowego i to jeszcze w tak przejrzystym celu, a kończy następującą ironiczną apostrofą do lekarzy praktycznych: »wy uznojeni pionkowie, walczący o chleb powszedni, których za bylejakie wykroczenie przeciw etyce zawodowej okładają karami Izby lekarskie, idźcie do tych nowoczesnych Aten nad Spreą i uczcie się od książąt naszego stanu nie tylko jak się naukę robi, lecz i jak się ją spienięża.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Albert Hoffa mianowany został kierownikiem instytutu ortopedycznego w Berlinie. Doc. Kimla mian. został nadzw. prof. patolog. anatomii w czeskim uniw. w Pradze. Czasowym zastępcą Kaposiego został doc. Kreubich. Dr. Schattenfroh mian. prof. nadzw. higieny w Wiedniu. Docenci wiedeńscy: Mannaberg i Fronz otrzymali tytuł prof. nadzwyczajnych.

Nekrologia. Dr. Ludwik Ziembicki, lekarz pułkowy, zmarł w Abbazyi, licząc l. 40. Dr. Jarisch, prof. dermatologii w Gracu, zmarł w 52 r. życia. Oprócz licznych monografij z zakresu histologiczno-dermatologicznego, wydał bardzo cenny podręcznik: »Lehrbuch der Hautkrankheiten«. Jako lekarz i nauczyciel zażywał zasłużonej sławy.

Bibliografia:

Dr I. H. Spiegelberg (Monachium) **Wesen und Behandlung der Krämpfe im Kindesalter.** (*Würzburger Abhandlungen.* Nakładem Stubera (Kabitsch) w Würzburgu).

Jakkolwiek w broszurce tej (o 28 stronicach) nie znajdujemy nic nowego, to jednak powinna się ona dostać w ręce lekarzy, gdyż omawia w formie systematycznej i starannie opracowanej ten zbyt często w wieku dziecięcym występujący objaw. Autor dzieli drgawki na objawowe i czynnościowe. Pierwsze bywają spowodowane przez zmiany organiczne w układzie nerwowym ośrodkowym lub obwodowym, w drugich zaś zmian tych brak. Następnie autor omawia patogenezę i objawy pojedynczych postaci chorób, występujących z drgawkami, a wreszcie ich leczenie. Co się tyczy leczenia to nie mógłbym się zgodzić z autorem, że sposobu Flechsiga, tj. kombinacyi bromu i makowca, u dzieci stosować nie wolno ze względu na niebezpieczeństwo zatrucia; doświadczenie moje, nabyte przy stosowaniu tego sposobu, przemawia przeciwnie za tem, że dzieci znoszą dobrze makowiec, nawet względnie w znaczniejszych dawkach, lecz stopniowo podawanych i stopniowo zwiększanych. *Dr. Jan Landau.*

— *Gazeta lekarska* Nr. 12. Rzętkowski: O cytotoksynach. Mieczyński: Kilka uwag krytycznych w sprawie dokonywania embryotomii. H. Cybulski: O użyciu żelatyny, jako środka hemostatycznego w krwotokach płucnych.

— *Medycyna* Nr. 12. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku. (Dr. E. Flatau) (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 6. Eichler: Przypadek pierwotnego zapalenia opon mózgowych z zejściem pomyślnem.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 3. Bądzyński: O składzie chemicznym wódek sprzedawanych w Galicyi na podstawie rozbioru prób nadesłanych z 48 powiatów.

— *Przegląd felczerski* Nr. 6. M.: Znaczenie krocza dla kobiety i pielęgnowanie go przy porodzie. L.: »Antraks« i »karbunkul.« R.: Aseptyka i antyseptyka. Tchórznicki: Wycieczka higienistów do Przasnysza (dok.). Freilich: Masaż (c. d.). Krawczyk: W kwestyi felczerskiej. Maciejewski: Z praktyki felczerskiej.

— *Lékařské rozchledy* Nr. 3. V. Kučera: Poznamky k elektrotherapii (c. d.). Jirásek: Neuritis multiplex při tuberkulose, simulujici hemiplegii, v jednom případě kombinovaná s neuritidou civu bloudiného (dok.). Prettner: O experimentálni tuberkulose a jejim léčeni (dok.)

— *Časopis lékařů českých* Nr. 12. Piťha: O therapii asphyxie u děti novorozených (c. d.). Procházka: O následcich mrtwice (dok.). Stock: O fersanu.

— *La Presse médicale* Nr. 22. Gérard Marchant: Leczenie przetok prostniczo-śródkroczowych i prostniczo-pochwowych przez zniżenie przetoki prostniczej. Oddo i Audibert: Porażenie okresowe rodzinne. — Nr. 23. Tuffier: Tętniak łuku aorty, podwiązanie worka tętniczego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 11. De Grazia: Serodyagnostyka gruźlicy. Hirschfeld i Alexander: O dotychczas nie spostrzeganym stanie w jednym przypadku ostrej (szpikowej ?) białaczki. Rosenheim: Przypadek samoistnego rozszerzenia przełyku bez zwężenia anatomicznego. Cassirer: O zesztywnieniu kręgosłupa pochodzenia mięśniowego (dok).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 12. Mars: Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę z uwzględnieniem metody Döderleina. Várady: Badania nad źreniczym odruchem czuciowym. Vieg: Uwagi nad jednym przypadkiem żółtego zaniku wątroby i razem występującemi zaburzeniami umysłowo-nerwowemi. Decastello: O doświadczalnem przeszczepianiu nerek.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 12. Scagliosi: Badanie układu nerwowego w pyskowej i racicowej zarazie. Kaminer: O toksynemii. Joseph i Trautmann: O gruźlicy brodawkowatej skóry. Frommer: O zastąpieniu jodoformu węglem. Karewski: O niedrożności jelit z powodu kamieni żółciowych (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 11. Amann: O całkowitem wycięciu drogą laparotomijną zupełnie pękniętej macicy. Heidenhain: Barwik anilinowy, jako środek strącający białko. Schulz: Uwagi nad kwasem krzemowym. Cahen: O chirurgicznem leczeniu kurczów żołądka. Groth: Przypadek osobliwego zwężenia w jelicie cienkiem. Schlechtendahl: Zgorzel płuc po wciągnięciu (aspiracyi) kłosa żytniego. Gossner: Plamica krwotoczna w przebiegu gruźlicy narządu rodowego.

Redakcya otrzymała. Stępkowski: 12 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przez cięcie brzuszne z powodu przewlekłych chorób przydatków macicy. L. Korczyński: O wpływie przypraw korzennych na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. Goldbaum: Kilka uwag krytycznych w sprawie rozpoznawania raka żołądka.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**